

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

302

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Juin 1906, à 1 heure

PAR

René CROSTE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique
Né à Bayonne le 30 Juillet 1879

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'Appendicite au Cours de la Grossesse

Président : M. BUDIN, professeur

Juges { MM. DE LAPERSONNE, professeur
GILBERT, agrégé
CARNOT, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIASDUVAL
Opérations et appareils		SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
		HAYEM
Clinique médicale	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU.
	}	TERRIER.
Clinique chirurgicale		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophthalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. TISSIER

Accoucheur des hôpitaux

qui a bien voulu m'inspirer le sujet du présent travail.

Au moment de terminer mes études médicales, mon souvenir et ma reconnaissance vont à mes maîtres des hôpitaux de Paris :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

BLUM, MAYGRIER

MM. LES DOCTEURS

BARIÉ, CUFFER POTHERAT, THIBIERGE,
VARIOT, VILLEMIN

Chirurgiens et médecins des hôpitaux

Je remercie tout particulièrement ici mon maître et ami M. le professeur agrégé Branca, avec lequel je fis ma première visite hospitalière, alors qu'il était encore interne à l'hôpital Cochin, pour l'amabilité avec laquelle il a bien voulu mettre son savoir à ma disposition à l'occasion de quelques recherches histologiques que j'ai eu la curiosité d'entreprendre.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR
L'Appendicite au cours de la Grossesse

INTRODUCTION

L'appendicite n'est plus pour nous la maladie nouvelle, en apparence, qui vint il y a quelques années, enrichir le cadre nosologique des affections connues, et dont le nom fit dans le monde médical, ainsi que dans le public éclairé, une si retentissante apparition, piquant bien des curiosités et éveillant bien des craintes.

Depuis Reynold Fitz, Mac-Burney, Schwartz, Routier, Jalaguier, on a écrit sur ce sujet de nombreux mémoires, publié de nombreuses observations, et l'altération primitive de l'appendice iléo-cæcal, point de départ de la typhlite et de la pérityphlite des anciens auteurs, d'où provenaient tant de péri-

tonites d'origine ignorée commence à être bien connue. Des observateurs scrupuleux ont fait l'histoire de ses causes, de ses symptômes, de ses conséquences, et tous les bulletins des Sociétés médicales sont pleins des échos des discussions auxquelles a donné lieu le meilleur traitement à y apporter.

La maladie une fois dépistée et connue, on s'est attaché à en décrire les formes, à voir le rôle qu'y jouaient les diverses circonstances capables d'en faire varier tant soit peu l'allure clinique, telles que l'âge, les antécédents pathologiques du sujet, l'état physiologique présent.

C'est ainsi que l'on en est venu à remarquer les rapports de fréquence, et les modalités d'évolution que présentaient les appendicites survenues chez des femmes enceintes.

MM. les professeurs Budin et Pinard furent les premiers en France à s'occuper de ces rapports de l'appendicite avec la puerpéralité, et plusieurs travaux furent les conséquences de leurs observations et de leurs discussions.

Pour ne parler que des thèses, il en a paru, sur le sujet qui nous occupe, tant à la Faculté de Paris qu'à celle de Lyon, où sont rassemblés de nombreux faits intéressants et les conclusions pratiques qu'en ont tirées leurs auteurs.

Nous citerons la thèse de Bouillier (Lyon, 1897) et la thèse de Jarca (Paris, 1898) où est particulièrement traitée l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse. Quelques autres travaux, se rappor-

tant moins spécialement à ce sujet, présentent cependant des idées qui s'y rattachent, et il pourra être utile de consulter certains chapitres des thèses de Chastanet (Paris, 1898), Quillard (Paris, 1901), Gauchery (Paris, 1903), Moreau (Paris, 1905).

Nous donnons, dans notre bibliographie, une liste aussi complète que possible des documents que nous avons pu réunir sur ce sujet.

Nous n'avons donc pas, dans ce modeste travail, la prétention d'aborder une question nouvelle, et cependant nous avons cru qu'il pouvait être intéressant et utile de reprendre l'étude de l'appendicite au point de vue obstétrical, et voici pourquoi :

L'appendicite, bien que très étudiée déjà, est encore à l'ordre du jour, et son nom est encore souvent prononcé dans les sociétés médicales et surtout obstétricales. Ensuite nous avons été mis sur la voie de ce travail par un cas intéressant qu'il nous fut donné de voir à la Maternité de la Charité, dans le service de M. le professeur agrégé Maygrier, où nous étions attaché en qualité d'externe.

Une femme, multipare, enceinte de huit mois, prête à entrer en travail, est admise à la Charité. Elle n'a aucun antécédent abdominal ; peu après son entrée, elle est prise de douleurs vagues dans les reins, de météorisme, sans aucun point spécialement douloureux dans le ventre, de vomissements qui deviennent rapidement porracés et meurt en trois jours, emportée brusquement par une péritonite aiguë généralisée. Rien dans ce complexe sympto-

matique n'avait permis d'en préciser le point de départ. L'absence de gaz et de matières fécales, qu'elle présenta pendant la durée de son séjour à l'hôpital, fit croire à une occlusion intestinale, et l'autopsie montra qu'une appendicite insidieuse, n'ayant présenté aucun des caractères pathognomoniques de cette affection au début, avait été seule la cause de cette infection rapide du péritoine.

M. le Dr L. Tissier, alors chargé du service, m'engagea à rapprocher, dans une thèse, ce cas des faits semblables publiés dans ces dernières années, me disant l'intérêt pratique qu'il pouvait y avoir à connaître ces formes qui déroutent le praticien par leur foudroyante rapidité.

Notre but sera donc, dans ce travail, de revoir les rapports de l'appendicite et de la grossesse ; nous verrons rapidement quelles peuvent en être les causes, quels en sont les symptômes, les difficultés du diagnostic, et le pronostic qu'il faut établir, tant pour la mère que pour le fœtus qu'elle porte.

Nous étudierons spécialement ces appendicites à forme insidieuse et à évolution rapide, heureusement rares, car la mort en est le plus souvent la terminaison.

Nous nous demanderons enfin, quelle est la marche à suivre dans le traitement que l'on doit instituer, le tout appuyé sur quelques cas remarquables, publiés dans ces dernières années dans les comptes rendus des diverses sociétés médicales.

ETIOLOGIE

Sans que l'appendicite puisse être considérée comme une complication fréquente de la grossesse, il n'est pas rare de la voir survenir chez la femme enceinte, et dernièrement encore à la séance de la *Société de Gynécologie américaine* de mai 1905, Coé insistait sur le nombre d'appendicites pendant la puerpéralité qu'il lui avait été donné d'observer dans sa pratique.

La grossesse n'a évidemment pas par elle-même une influence capable de favoriser l'altération pathologique de l'appendice iléo-cæcal, mais elle s'accompagne souvent de circonstances qui facilitent la réapparition de l'appendicite chez les sujets déjà touchés antérieurement et son apparition chez les individus vierges de toute attaque antérieure.

Le plus souvent, les femmes qui au cours de leur grossesse présentent des accidents appendiculaires sont déjà tarées à ce point de vue. C'est ce que l'on voit le plus ordinairement, la grossesse donnant à l'appendicite renaissante une marche plus insidieuse et une virulence plus forte ainsi que nous le verrons plus loin.

Cependant nous avons réuni de nombreux cas où l'appendicite n'a apparu que pendant l'état puerpéral, n'a disparu qu'avec lui pour ne revenir qu'à une grossesse suivante parfois fort éloignée de la première.

Tout se passe alors, comme s'il s'agissait d'un microbisme latent dont la virulence ne soit exaltée que pendant les périodes de gravidité.

C'est ce que nous voyons dans les cas de Wiggin (obs. I), Budin (obs. III et IV), Herrgott (obs. X), Pinard (obs. VI et IX), Segond (obs. VIII), et surtout dans le cas intéressant de Tuffier (obs. V), publié en 1897 à la *Société d'Obstétrique et de Pédiatrie*, où trois grossesses furent accompagnées de trois poussées d'appendicite ; la troisième, sept ans après la deuxième, pendant lesquels la malade ne se ressentit jamais de son appendice, et qui nécessita l'ablation de l'organe malade. Dans plusieurs de ces observations, leurs auteurs insistent spécialement sur le manque d'antécédents abdominaux de leurs malades.

Cependant, si dans la majeure partie des cas, l'appendicite présente est la conséquence d'un état pathologique antérieur, on voit souvent que les attaques bénignes revêtent pendant la gestation un tout autre caractère et que débutant d'une manière insidieuse elles peuvent ensuite évoluer avec une foudroyante rapidité.

Quels sont donc les facteurs, qui pendant la grossesse peuvent faciliter l'éclosion de l'appendicite ?

C'est d'abord l'atonie intestinale, et la constipation qui en résulte, constipation si fréquente pendant la grossesse, amenant la coprostase cœcale et par suite des fermentations prolongées et anormales en cette partie du gros intestin;

La compression prolongée du cæcum et de l'appendice par l'utérus gravide, les troubles circulatoires dont ces organes sont le siège, les positions vicieuses de l'appendice qui, déplacé, présente souvent sur son trajet des coudures qui le transforment en vase clos.

La congestion intense dont le petit bassin est le siège au cours de la gestation, surtout au moment des époques, au moment où le flux menstruel devrait s'écouler. Jalaguier et Legendre ont insisté sur ce fait.

Pour M. Dieulafoy, la grossesse qui joue un rôle actif dans la lithiase biliaire, peut ne pas être étrangère à la formation de calculs intra-appendiculaires et déterminer par l'organe, une virulence plus grande des microorganismes contenus dans cette cavité close.

M. Faisans insiste sur l'hérédité, qui s'accompagne souvent aussi d'habitudes alimentaires défectueuses transmises dans les familles, et certains auteurs ont incriminé une alimentation trop azotée ou mal réglée.

Dans certaines observations, on relate un traumatisme abdominal qui pourrait avoir été tout au moins un adjuvant de l'éclosion de l'attaque appendicu-

laire. M. Budin (obs. III) parle d'un choc contre un meuble, M. Maygrier (obs. II) de la chute du haut d'un tabouret : Otto Falk, dans le *Centralblatt für Gynæcologie* de 1900, a relaté l'histoire d'une femme enceinte prise brusquement de la douleur pathognomonique dans la fosse iliaque droite à l'occasion d'un effort accompli pour soulever un poids lourd.

Pour certains auteurs une intoxication aurait pu avoir une influence nuisible par l'irritation intestinale produite. M. Budin cite dans la thèse de Jarca un cas d'appendicite pendant une grossesse, au début de laquelle la malade tenta de se suicider en avalant du sublimé corrosif dissous dans de l'alcool méthylique.

Nous n'insisterons pas sur les petits corps étrangers déglutis et devenant le centre de calculs stercoraux intra-appendiculaires.

Certaines maladies intercurrentes peuvent avoir une influence déterminante et en particulier la grippe, pendant laquelle M. Faisans a montré que la flore intestinale acquérait une virulence particulière, capable de provoquer l'appendicite. Le Dr Toussein, médecin-major des salles militaires de l'hôpital de Saint-Mihiel, a rapporté en effet, en mars 1902, à l'*Académie de Médecine*, la fréquence des appendicites observées dans son service, au cours d'une épidémie de grippe.

Et de fait nous trouvons la grippe dans les anté-

cédents immédiats des malades de M. Segond (obs. VIII) et de Herrgott (obs. X).

D'ailleurs pour Bouilly (communication à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie* en 1899) le liquide contenu dans la cavité d'un appendice sain serait plus virulent pendant la gestation qu'à l'état de vacuité de l'utérus.

Enfin Dudley, de Chicago, et Petersen ont signalé à la *Société gynécologique américaine*, en mai 1905, la fréquence de l'appendicite chez les femmes atteintes d'annexites. Leur statistique faite sur les appendices systématiquement enlevés au cours de laparotomies entreprises pour ovarites ou salpingites donne une proportion de 50 o/o d'organes malades.

Dans ces cas, comme dans les cas d'appendicites survenant pendant les suites de couches, l'infection se ferait par le voisinage des organes, et pour Lafarge, de Lyon, par le ligament appendiculo-ovarien de Clado. Ce ligament qui existe dans la proportion de 20 o/o apporterait par voie lymphatique à l'appendice les microorganismes contenus dans la trompe ou l'utérus infectés.

L'anatomie pathologique nous montrera pourquoi l'infection générale est plus violente pendant l'état puerpéral, et comment la péritonite généralisée peut être facilitée par le déplacement de l'appendice par l'utérus gravide qui modifie les rapports de la masse intestinale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'insisterons pas ici sur le processus pathologique qui envahit les tuniques de l'appendice, ni sur les lésions de péritonite banale, enkystée ou généralisée, qui peuvent s'ensuivre. Il nous suffit de dire que dans la grossesse, comme à l'état normal, on peut trouver toutes les formes de l'appendicite depuis la simple colique appendiculaire, conséquence d'une appendicite catarrhale, jusqu'aux lésions les plus étendues de l'organe et du péritoine à son voisinage. Cependant nous ferons remarquer que dans toutes les observations où l'on signale une péritonite rapide, même après un temps très peu éloigné du début des accidents, on est frappé, à l'autopsie, lorsqu'elle a pu être pratiquée, de la nécrose profonde de l'appendice iléo-cæcal, le processus gangréneux étant toujours étendu et ayant amené de larges perforations et souvent même l'amputation de l'organe. Dans ce cas l'extrémité aveugle de l'appendice complètement détaché du reste flotte dans la masse purulente qui l'entoure, où il a parfois été impossible de la retrouver.

Y a-t-il dans la disposition que présentent les

viscères abdominaux pendant la grossesse quelque chose qui puisse faciliter l'infection rapide et générale de la cavité abdominale ?

Plusieurs auteurs ont insisté sur la situation de l'appendice qui, entraîné par la masse intestinale déplacée en haut par l'utérus gravide, quitte sa situation normale, et de la fosse iliaque droite s'élève dans la cavité du grand bassin, devenant de ce fait plus difficile à isoler par des adhérences et en meilleure position pour déverser des produits septiques dans toutes les directions du péritoine.

Il faut aussi tenir compte de l'état du péritoine pendant la grossesse. Les modifications que présente la grande séreuse abdominale au cours de la gestation sont peu connues, et les travaux sur la question peu nombreux.

Pendant la grossesse, bien que la surface de l'utérus devienne, à terme, à peu près vingt fois plus considérable qu'à l'état de vacuité, on trouve cependant que le péritoine qui la recouvre présente histologiquement la même épaisseur qu'à l'état normal.

Cette ampliation se fait au moyen de l'effacement de certains replis de la séreuse, qui disparaissent pendant la grossesse et peut être aussi par l'étirement en surface des cellules, fait nié par certains auteurs, mais que rendraient vraisemblable les éraillures observées sur le péritoine de l'utérus gravide.

Cependant la tunique séreuse ne subit pas simplement une distension ou une ampliation par glissement de la séreuse, car les zones d'adhérences

persistent dans les mêmes proportions que sur l'utérus à l'état de vacuité. Elle participe à l'hyperplasie que subit le système génital entier pendant la grossesse. Il doit se produire quelque part une prolifération active des cellules par le processus mitotique habituel, fait qui n'a pas encore été vérifié.

Schmol et Josefson ont décrit au-dessous de l'endothélium, comme en d'autres points du péritoine génital des cellules conjonctives de néoformation réunies par petits groupes, et présentant les caractères des cellules déciduales.

On a noté enfin le dépoli particulier de la séreuse, la formation plus difficile et moins rapide des adhérences, et tous les auteurs sont d'accord pour remarquer la grande facilité avec laquelle le péritoine, dans ce cas particulier, résorbe les liquides qui y sont injectés. Ce grand pouvoir de résorption peut expliquer la rapidité avec laquelle s'est faite dans certains cas l'infection de l'organisme entraînant des phénomènes généraux de la plus grande gravité, bien que les débuts aient été des plus bénins en apparence, ou même masqués par eux.

Citons aussi le voisinage immédiat du cæcum et de l'utérus, qui peut expliquer les appendicites survenues à la suite d'un accouchement septique.

Petersen de Chicago et Dudley (*Société américaine de Gynécologie*, mai 1905) insistent sur la fréquence des annexites coexistant avec une appendicite ; Otto Falk (*Centralblatt für Gynecologie*, 1900) a relaté un cas d'appendicite chez une femme enceinte,

atteinte de pyosalpinx à droite. Nous avons vu le rôle que jouerait le ligament appendiculo-ovarien de Clado dans ces cas.

Nous n'insisterons pas sur les lésions à distance des autres organes. Disons seulement que l'on a observé toutes les formes de péritonites enkystées ou généralisées, siégeant aux foyers habituels signalés pendant les appendicites.

On a vu toutes les fois que l'accouchement s'est produit pendant la période d'activité de la maladie, l'utérus présenter la subinvolution de ses tuniques musculaires, comme dans tous les cas d'infection.

Du côté de l'intestin, l'atonie est fréquente et le tube digestif se laisse facilement distendre par les gaz et les matières qui s'y accumulent sans sortir par l'anus.

Lorsque l'autopsie a été pratiquée, on a trouvé fréquemment des adhérences pleurales lorsque la péritonite était étendue, et le sang des cavités cardiaques présentait les caractères du sang dissous, l'hémoglobine des globules colorant le plasma.

Quant aux fœtus, intoxiqués le plus souvent par les produits absorbés au niveau du placenta, l'examen du sang du cordon a permis de constater la présence de microorganismes comme l'a publié M. Pinard à l'*Académie de médecine* en 1898 (obs. VI).

Dans ce cas l'examen bactériologique avait permis d'y constater l'existence du *bactérium coli* commune, retrouvé le plus ordinairement dans le pus

du péritoine de la mère parfois seul, parfois associé au streptocoque et au bacillus Zopfii comme dans l'observation de Herrgott (*Annales de Gyn cologie* de 1900).

Quant aux altérations du placenta (dont l'examen histologique n'a pas été spécialement fait), elles seraient suffisantes pour permettre à un microorganisme, relativement peu mobile, comme le bactérium coli de le traverser.

SYMPTOMATOLOGIE

En général, le début des accidents appendiculaires est brusque, on a parfois remarqué certains prodromes, embarras gastrique, pesanteur abdominale, diarrhée, qui la plupart du temps restent inaperçus pour le malade lui-même.

Le plus souvent la malade est brusquement prise de diarrhée, de vomissements et de douleur abdominale plus ou moins vague qui peu à peu présente un point d'élection nettement marqué dans la fosse iliaque droite. La défense musculaire de la paroi ne tarde pas à apparaître, puis surviennent des vomissements d'abord alimentaires, devenant ensuite muqueux, puis bilieux, enfin porracés lorsque les lésions péritonéales s'affirment.

Le début des accidents est parfois marqué par un frisson, la fièvre ne tarde pas à apparaître, la température est élevée et le pouls rapide.

Si la maladie poursuit son cours sans que la résolution apparaisse, les phénomènes précédents ne tardent pas à s'aggraver.

Le facies devient plombé, les yeux sont excavés, le nez pincé, le ventre d'abord tendu et excavé se

ballonne et la température s'abaisse tandis que le pouls reste petit et rapide, le malade ayant alors tendance à tomber dans un état syncopal et dans l'algidité.

Parfois, et surtout chez la femme enceinte, la symptomatologie est beaucoup moins nette et le tableau clinique beaucoup plus diffus.

Les signes locaux peuvent être très peu marqués du côté de la fosse iliaque droite, la douleur, au lieu d'être nettement réveillée par la pression au point de Mac-Burney, peut être diffuse, à peine localisée à droite et parfois ne pas exister à ce niveau. Cela se voit surtout dans ces formes d'appendicite à marche foudroyante, sur lesquelles nous croyons bon d'insister, et qui entraînent rapidement la péritonite généralisée dont les symptômes généraux et les symptômes locaux étendus viennent masquer le point de départ de l'affection.

C'est ce que l'on voit dans les observations de M. Budin (obs. IV), de Herrgott (obs. X publiée dans les *Annales de Gynécologie* de 1900).

Dans ce dernier cas, la malade après une courte colique à peine plus douloureuse à droite, présenta ensuite une douleur abdominale très diffuse, qui jusqu'à la mort ne présenta aucune spécialisation bien nette.

A la suite de la communication de MM. Porak et Schwartz à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie* (5 mai 1899), qui notèrent cette absence de douleur à droite dans certains cas d'ap-

pendicite, Bouilly prenant part à la discussion signala lui aussi le peu d'intensité de la douleur au point de Mac-Burney surtout dans les cas où la péritonite généralisée fut rapide.

MM. Brindeau et Legueu ont publié à la *Société d'obstétrique de Paris* des cas de péritonite puerpérale sans hoquet et avec un très léger point douloureux.

C'est ce dont nous fûmes témoin à la Charité, lorsqu'il nous fut donné d'y observer le cas que nous publions plus loin (obs. XV) et que MM. Tissier, alors chargé du service, et Lemeland, interne, relatèrent à la *Société d'Obstétrique de Paris* (*Bulletin de novembre 1905*).

Dans ces cas à évolution rapide, les symptômes qui frappent surtout l'attention sont les vomissements porracés, qui parfois peuvent prendre une teinte noirâtre de marc de café, comme il advint à notre malade, se rapprochant de ce que M. Dieulafoy a appelé le vomito negro appendiculaire. La peau de l'abdomen est hyperesthésiée, le ventre se météorise rapidement, le facies se grippe, la bouche est sèche, la température se maintient alors entre 37 degrés et 38°5, atteignant rarement 39 degrés, fait auquel l'infection par le colibacille n'est peut-être pas étrangère.

La malade est baignée de sueurs froides.

Le pouls est le plus souvent rapide, battant de 120 à 140 fois par minute, et parfois incomptable. Il est petit, filiforme, dépressible.

La respiration est pénible, douloureuse, réveillant la sensibilité abdominale.

Au milieu de ces troubles profonds l'intelligence reste intacte jusqu'à la mort.

Enfin signalons comme troubles réflexes du côté de l'intestin, l'arrêt très fréquent des gaz et des matières qui, dans un cas de M. Maygrier (obs. II), dura huit jours.

Notre malade de la Charité fut deux jours sans selles, ni gaz, et l'on comprend les difficultés du diagnostic qui viennent embarrasser le clinicien dans ces cas.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON

Nous avons vu dans les chapitres précédents, que l'appendicite recevait parfois du fait de la grossesse une aggravation particulière, une allure insidieuse, et une évolution rapide. Cependant il n'en est heureusement pas ainsi dans tous les cas.

De nombreuses femmes enceintes ont vu leur attaque d'appendicite se borner à de simples coliques appendiculaires, parfois l'inflammation du péritoine va jusqu'à la péritonite localisée et tout peut rentrer en ordre par résolution. Il n'y a là rien de particulièrement intéressant et le tout est décrit depuis longtemps dans les traités courants de chirurgie.

La durée de la maladie variera donc avec son genre d'évolution, et nous verrons des appendicites tournant court, se terminant par résolution en plus ou moins de temps. Parfois le processus pathologique va jusqu'à la production d'une collection purulente enkystée de la fosse iliaque droite qui pourra se terminer par résorption ou évacuation du pus dans une cavité naturelle, vagin ou intestin, ou plus simplement par une évacuation artificielle consécutive à une intervention chirurgicale qui permettra de

drainer l'abcès intra-péritonéal et de faire disparaître l'organe cause primitive du mal.

C'est la terminaison habituelle de ces formes enkystées, à moins que l'organisme trop profondément intoxiqué, ne résiste pas assez pour bénéficier de ces moyens naturels ou artificiels de guérison et que rien ne puisse empêcher la mort de survenir.

La durée de la maladie est aussi rendue bien variable par les formes chroniques que peuvent prendre certaines appendicites, et plusieurs femmes enceintes ont été prises, au cours d'une même grossesse, par des accès d'appendicite à répétition d'autant plus graves qu'ils sont plus récents dans la série.

Enfin, lorsque l'appendice est largement perforé par un processus nécrosant rapide, il déverse largement les micro-organismes de sa cavité et leurs toxines dans la cavité abdominale, surprise en quelque sorte par cette brusque inondation, les adhérences n'ont pas le temps de se former et la péritonite généralisée ne tarde pas à évoluer en peu de temps.

C'est ce qui arriva à cette malheureuse femme que nous vîmes à la Charité et qui mourut en deux jours, malgré une large intervention évacuatrice et les soins qui lui furent prodigués avec le désintéressement et l'empressement bien connus du personnel médical des hôpitaux parisiens.

Dans ces cas la durée de la maladie est toujours des plus brèves, à peine quelques jours, et la terminaison fatale.

Nous insistons encore ici sur la marche insidieuse,

l'évolution foudroyante, et la terminaison par la mort presque à coup sûr, de ces appendicites puerpérales, véritables appendicites infectantes qui déjouent les soins les plus énergiques, et qui malgré un début des plus insignifiants se terminent par les plus redoutables complications.

Ces cas sont heureusement la minorité, mais ils sont tellement graves et si difficiles à reconnaître au début qu'il est bon de les signaler aux cliniciens qui, comme nous le verrons, ont été souvent très embarrassés pour en affirmer l'existence.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu dans la symptomatologie de l'appendicite au cours de la grossesse, que cette maladie pouvait se présenter avec toutes ses formes ordinaires.

Dans le cas où le type en sera franc, le diagnostic positif s'imposera, car il n'est pas aujourd'hui un clinicien qui ne soit justement alarmé par des symptômes locaux siégeant dans la fosse iliaque droite.

Il n'en est pas de même lorsque les signes sont diffus et anormaux, peu en valeur, et c'est ce qui se voit parfois dans les appendicites évoluant chez les femmes enceintes. Ce peu d'intensité de phénomènes du début et leurs localisations irrégulières ont été cause de bien des erreurs, et M. Guyon a pu dire à l'*Académie de Médecine*, (séance du 26 février 1901), que bon nombre d'accidents péritonéaux mortels mis sur le compte de la puerpéralité sont d'origine appendiculaire.

Il est bon d'avoir en mémoire, lorsqu'il s'agit d'accidents abdominaux sans cause apparente, la fréquence des lésions appendiculaires, et lorsqu'il

s'agit d'un ensemble de symptômes confus, le seul calcul des probabilités devrait y faire penser.

M. Guinard, à la *Société de Chirurgie*, en 1904, n'a pas hésité à donner le nom d'appendicalgies, à nombre de douleurs abdominales imprécises survenant au cours d'autres maladies. Il insiste pour étayer ses dires :

1° Sur la fréquence des appendicites méconnues et prises pour d'autres affections abdominales :

2° Sur la fréquence des appendicites coexistant avec d'autres maladies, et étant la cause réelle des douleurs éprouvées par le malade. C'est l'appendice qui serait pour lui le facteur douloureux dans certains fibromes et dans les ovaires scléro-kystiques.

Il en conclut qu'il est utile, pour tout individu subissant une laparotomie pour une cause quelconque, que le chirurgien aille à la recherche de l'appendice et le résèque pour peu qu'il soit suspect.

Et cependant malgré les difficultés du diagnostic, il importe que ce dernier, surtout chez les femmes enceintes, soit fait rapidement, afin que le pronostic puisse être amélioré par un traitement énergique.

La principale difficulté du diagnostic positif est l'examen local de la région. Le voisinage de l'utérus gravide, pour peu qu'il soit volumineux, vient en rendre l'exploration particulièrement difficile. Dans le cas cité par MM. Porak et Schwartz (ob. VII), l'utérus gravide incliné à droite, empêchait toute exploration de la fosse iliaque. Cette difficulté matérielle de

l'exploration sera d'autant plus grande que l'on sera près du terme et variera avec le degré de tension de la paroi abdominale antérieure que pourra empêcher d'apprécier le degré de défense musculaire du côté malade.

Aussi sera-t-il parfois indiqué pour éclairer le diagnostic de recourir à des procédés spéciaux.

L'examen pratiqué pendant le sommeil chloroformique a permis à Otto Falk (*Centralblatt für Gynæcologie*, 1900) de diagnostiquer une collection purulente enkystée dans la fosse iliaque droite ainsi que de préciser la présentation du fœtus.

Il faudra recourir aussi à l'exploration des culs-de-sac vaginaux, le toucher pouvant indiquer la présence d'un point douloureux à droite, ou d'une collection fluctuante tombant dans le vagin. Parfois dans les appendicites accompagnées d'épanchement purulent à droite, on a trouvé le col de l'utérus dévié à gauche.

Frænckel a recommandé la manœuvre suivante : La malade se met dans le décubitus horizontal sur le côté gauche, l'utérus gravide se déplace latéralement à gauche et en bas, et l'on peut ainsi en percutant l'abdomen, trouver dans la fosse iliaque droite une zone de matité correspondant aux lésions péri-appendiculaires, séparée par une zone sonore de la matité qui répond à l'utérus déplacé à gauche.

Enfin M. Mazereau a indiqué le procédé suivant : Dans les cas de douleurs mal localisées, la palpation à gauche du côlon iléo-pelvien éveille, s'il y a appen-

dicite, une douleur précise au point de Mac-Burney, les fibres musculaires de l'intestin, en état de spasme, transmettant l'excitation subie, d'une extrémité à l'autre du gros intestin.

La tympanisation rapide du ventre, les phénomènes généraux graves, les douleurs étendues s'irradiant à tout l'abdomen feront penser à une péritonite généralisée, pouvant provenir d'un appendice perforé et dans ce cas ni le diagnostic ni l'intervention ne doivent tarder.

Mais il n'y a pas que l'appendicite en fait de pathologie abdominale, et il ne faut pas qualifier comme telle une douleur quelconque.

Aussi ne devra-t-on s'arrêter à un diagnostic ferme qu'après avoir repassé au moins mentalement les affections pouvant donner le change :

Les coliques hépatiques, fréquentes pour M. Dieulafoy, au cours de la grossesse, à cause du rôle effectif de cette dernière dans la lithiasé biliaire ;

Les coliques néphrétiques ;

Les simples coliques intestinales causées par les matières ou les gaz.

Nous n'insistons pas sur leurs caractères différentiels.

Dans un cas de M. Tuffier, les symptômes généraux firent croire, tout d'abord, à une fièvre typhoïde.

MM. Chéron et Gossin ont publié un cas où une perforation intestinale donna lieu à des symptômes d'appendicite.

L'entérocolite muco-membraneuse, lorsque les matières rendues ne sont pas caractéristiques a donné lieu à des erreurs.

Les hernies étranglées sont rares après le cinquième mois de la grossesse, car l'utérus gravide surélève la masse intestinale et vient obturer les orifices par où sortent habituellement les anses intestinales. Il sera prudent, dans certains cas, de passer en revue les orifices herniaires, et se rappeler que la graisse, chez une femme adipeuse peut fort bien masquer une hernie étranglée.

On connaît la difficulté du diagnostic entre une appendicite et une salpingite droite. Otto Falk a opéré une femme enceinte, chez laquelle un pyosalpinx avec appendicite fut diagnostiqué grossesse tubaire. L'observation a été publiée dans le *Centralblatt für Gynækologie*.

L'ovarite droite a pu faire aussi hésiter le diagnostic.

M. Maygrier a publié à l'*Académie de Médecine*, en 1904, une très intéressante observation, où un fibrome sous-péritonéal à pédicule tordu fut pris pour une appendicite chez une femme enceinte de six mois.

Merigot de Treygny a publié des observations de dysménorrhée amenant des douleurs subites et pouvant entraîner, tant par l'absence des règles que par les phénomènes douloureux, le double diagnostic erroné de grossesse et d'appendicite. Mais n'y aurait-il pas là de véritables crises d'appendicite légère réchauffée par la congestion menstruelle.

Le rein mobile amène parfois aussi de vives douleurs abdominales, et l'on connaît sa fréquence à droite et chez la femme.

Certaines affections entrant plus spécialement dans le cadre obstétrical nous arrêteront plus longtemps.

Citons la rétro-déviatiou de l'utérus gravidé causant des phénomènes douloureux parfois spécialisés à droite et pouvant égarer le diagnostic par le toucher, le doigt rencontrant une masse dans le cul-de-sac postérieur, qui pourrait être rattachée à une collection purulente enkystée. Mais c'est là un accident des premiers mois de la grossesse et d'autres symptômes ne tarderont pas à apparaître: rétention d'urine, hémorragie, constipation, tous phénomènes que la réduction fera disparaître. De plus les phénomènes généraux manquent toujours.

M. Mauclaire (obs. XIV) a publié un cas d'appendicite suivie de péritonite généralisée, où le diagnostic fut celui de rupture utérine : l'incision de la laparotomie pût seule le rectifier, en faisant voir l'intégrité absolue du muscle utérin.

M. Segond a publié en 1899 à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, l'observation d'une appendicite dont les débuts furent pris pour ceux d'un accouchement prématuré.

Plusieurs cas semblables ont été signalés, et il sera toujours bon de s'assurer si les douleurs observées ne sont pas dues à un commencement de travail, d'autant plus que ce dernier s'accompagne de vomissements comme l'appendicite, le phénomène réflexe

étant le même pour les deux excitations abdominales.

Les vomissements incoercibles ont pu couvrir de leur nom des vomissements dus à une appendicite insidieusement développée. Parfois même il y a eu coexistence des deux affections et Croisier (de Blois) a publié à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, l'observation d'une femme qui au cours de deux grossesses successives fut prise d'appendicite débutant en même temps que les vomissements. Le diagnostic de ces deux affections est parfois difficile, mais on peut accepter la règle de conduite suivante. On devra particulièrement se méfier des vomissements qualifiés d'incoercibles, et amenant une élévation thermique, et se rappeler que si les vomissements incoercibles sont parfois alimentaires, muqueux ou bilieux, ils ne sont jamais porracés et que ce caractère doit les faire rapporter à une infection péritonéale.

Arrivons aux cas où les erreurs les plus nombreuses ont été commises et où le diagnostic devient des plus épineux.

Dans le cas de troubles intestinaux au cours de la grossesse, il faut penser surtout à la grossesse extra-utérine, à l'occlusion intestinale ou à l'appendicite.

Fréquents sont les cas où l'erreur a été commise de confondre entre elles l'appendicite et la grossesse extra-utérine, surtout lorsqu'au cours de cette dernière une rupture de la trompe gravidé se produit. Et même avant l'éclatement de la trompe des

phénomènes douloureux ont pu faire croire à une altération de l'appendice, lorsque la grossesse extra-utérine siégeait dans la trompe droite. Le début de la douleur, à la suite d'un effort brusque, la sensation particulière de déchirement perçue par la femme fit faire le diagnostic de rupture d'un kyste fœtal à Otto Falk (*Centralblatt für Gynæcologie*, 1900), alors qu'il s'agissait d'un début d'appendicite.

Le diagnostic différentiel est d'autant plus difficile que les signes péritonéaux sont les mêmes dans les deux cas.

Cependant à la suite d'une rupture tubaire, les signes d'hématocèle rétro-utérine pourront guider l'observateur. La femme aura ressenti une inondation chaude de son péritoine, le toucher vaginal révélera un épanchement rapidement survenu dans le cul-de-sac postérieur, le doigt aura la sensation d'une collection liquide libre d'adhérences, facilement dépressible, qui ne rappelle en rien les collections plus lentement formées et plus ou moins enkystées siégeant à droite lorsqu'une appendicite est en cause.

De plus, le spéculum introduit pourra dans le cas d'hématocèle révéler la coloration violacée de la muqueuse vaginale dont la couleur peut aller jusqu'à la teinte ecchymotique la plus accentuée. Enfin les deux affections peuvent coexister, et Woelch a cité le cas suivant:

Il s'agit d'une femme chez laquelle on a diagnostiqué une grossesse extra-utérine. Trois semaines

après son entrée à l'hôpital, le sac se rompt, une hémorragie profuse se déclare ; on fait une ponction du péritoine, et on retire un liquide sanglant qui,ensemencé, donne en culture du coli-bacille.

On conclut à une perforation intestinale ; la péritonite généralisée ne tarde pas à apparaître et à entraîner la mort de la malade.

L'autopsie fut pratiquée, et l'on trouva une grossesse tubaire à droite, avec rupture du sac auquel adhéraient un appendice perforé.

Cette observation montre l'impossibilité qu'il peut y avoir parfois à diagnostiquer une appendicite, et pourtant dans ce cas cela contribua pour une bonne part à la terminaison fatale, en venant ensemenecer de microorganismes l'épanchement sanguin qui se fût peut-être sans cela aseptiquement résorbé.

L'affection abdominale, qui avec la grossesse extra-utérine a donné lieu aux diagnostics les plus délicats, est l'occlusion intestinale. Elle est fréquente chez la femme enceinte, et une thèse intéressante, celle de Gauchery a paru en 1903 sur ce sujet.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que dans l'appendicite l'arrêt du cours des matières par immobilisation réflexe de l'intestin est fréquent et persistant.

Dans un cas d'appendicite cité par M. Maygrier (obs. II), cet arrêt dura huit jours. Notre malade de la Charité fut trois jours sans selles ni gaz, c'est-à-dire pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, et l'on comprend que dans les deux cas l'on ait

sérieusement pensé à l'existence d'une obstruction intestinale.

M. Tissier (obs. XI) a rapporté à la *Société d'obstétrique de Paris* en 1903, un cas de pseudo-occlusion intestinale simulant l'appendicite, chez une femme enceinte, douleur marquée à droite, vomissements, etc., l'opération mit au jour un appendice sain.

M. Brindeau a signalé à la *Société d'obstétrique de Paris* une occlusion intestinale par l'utérus gravide chez une primipare. Tous les symptômes de l'appendicite existaient, et ce fut le diagnostic auquel on s'arrêta. La laparotomie pratiquée démontra que l'appendice était sain, l'intestin ne présentait ni bride, ni volvulus, et l'utérus gravide comprimant à droite le côlon ascendant était seul la cause de tous ces symptômes alarmants.

Dans sa communication, M. Brindeau insiste sur l'impossibilité qu'il y a dans ces cas à faire un diagnostic, et la laparotomie, qu'impose d'ailleurs l'ensemble des symptômes, servira autant à diagnostiquer l'affection causale qu'à y apporter un traitement efficace.

De ces cas se rapproche celui d'Ollivier, publié dans le *Journal de Médecine de Paris* en 1904, où une occlusion intestinale chez une femme enceinte fut opérée avec l'étiquette appendicite.

Enfin les deux affections peuvent coexister comme on le verra dans l'observation de Vinay relatée dans le *Lyon Médical* de 1898.

M. Budin a insisté sur le réchauffement des foyers appendiculaires dans le *post-partum*, et le frisson qui peut marquer le début de la crise pourra faire penser à un commencement d'infection puerpérale. MM. Porak et Daniel en ont cité un cas à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie* en 1903.

PRONOSTIC

Dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* du 22 mars 1898, M. Pinard donne la statistique suivante en s'appuyant sur les observations publiées en France, et surtout sur celles des chirurgiens américains.

I. — *Cas opérés* : 30.

1^o Mortalité maternelle 10, soit 33 o/o ;

2^o Mortalité infantile 11, soit 36 o/o ;

a) Péritonites enkystées 22. Mortalité maternelle 5, soit 2 o/o.

b) Péritonites généralisées 8. Mortalité maternelle 5, soit 62 o/o.

II. — *Cas non opérés* 15.

a) Péritonites enkystées.

1^o Mortalité maternelle 2, soit 13 o/o.

2^o Mortalité infantile 2, soit 13 o/o.

b) Péritonites généralisées 2.

1^o Mortalité maternelle 2, soit 100 o/o.

2^o Mortalité infantile 2, soit 100 o/o.

Un simple coup d'œil jeté sur ce tableau montre que pour les cas opérés la mortalité infantile est plus élevée que la mortalité maternelle, la mère ayant bénéficié de l'intervention chirurgicale.

Dans les cas restés livrés à eux-mêmes, la mortalité est égale pour la mère, et pour le fœtus qu'elle porte.

Ce tableau permet de plus de constater que si les péritonites généralisées sont plus rares que les péritonites enkystées, leur gravité est beaucoup plus grande puisque, même après une intervention énergique, on voit le taux de mortalité monter de 2 o/o à 62 o/o. Dans les cas où nulle opération n'est venue entraver le cours de la maladie, la mortalité maternelle et celle du fœtus sont de 100 o/o.

En général, on peut dire cependant que l'appendicite est plus meurtrière pour l'enfant que pour la mère, car si une laparotomie a parfois permis de sauver cette dernière, rien n'a pu empêcher l'enfant de naître déjà mort, ou de succomber quelques heures après à la septicémie.

Dans les observations de péritonite généralisée appendiculaire, que nous avons réunies à la fin de ce travail, nous trouvons seulement sur dix cas deux cas de guérison maternelle, soit 80 o/o de mortalité au lieu du chiffre de 62 o/o donné par M. Pinard.

L'un de ces cas appartient à M. Segond à la Clinique Baudelocque, l'autre à M. Mauclore à l'Hôtel-Dieu.

Quant aux enfants, seul le fœtus de l'opérée de M. Mauclore a survécu, et malgré la péritonite généralisée qui infectait la mère, la grossesse a suivi normalement son cours et l'accouchement à terme a été le couronnement de la guérison.

Le pronostic de l'appendicite chez la femme enceinte est donc des plus sérieux, il variera cependant avec la virulence des micro-organismes actifs et avec la résistance du terrain sur lequel ils agissent.

M. Dieulafoy a montré que l'appendicite touche souvent le foie, le surrénal et en paralyse les fonctions ; mais cet organe n'est-il pas parfois fort malmené par la grossesse elle-même chez certaines femmes qui sont affaiblies et intoxiquées de ce fait, comme dans un véritable cas de parasitisme. L'on voit combien pourra être à redouter l'appendicite chez des femmes enceintes qui auront eu des signes d'intoxication hépatique au cours de leur grossesse.

Souvent la cellule rénale n'est pas plus brillante comme état physiologique que la cellule hépatique chez la femme enceinte et l'appendicite acquerra un degré de gravité spécial chez ces femmes qui éliminent les produits toxiques par leur rein aussi mal qu'elles les détruisent par leur foie, d'autant que la résorption septique au niveau du péritoine est plus grande qu'à l'état normal.

Un autre facteur de gravité, sera le début et l'accomplissement du travail survenant au cours des accidents appendiculaires ; il est facile de comprendre que les contractions utérines, et surtout les efforts faits par la femme à la période d'expulsion pourront rompre les adhérences qui enkystent le pus dans la fosse iliaque et transformer la péritonite enkystée en péritonite généralisée, comme dans le

cas de Herrgott (obs. X), publié dans les *Annales de Gynécologie*, en 1900.

Nous avons insisté spécialement sur la gravité toute particulière de ces appendicites insidieusement développées, véritables appendicites infectantes où la terminaison est fatale presque à coup sûr, malgré une intervention énergique.

Enfin l'opération en elle-même doit entrer en ligne de compte. On a souvent affaire à un appendice surélevé, dont les rapports sont parfois modifiés, en position souvent rétro-caecale, ce qui vient compliquer l'opération déjà rendue plus difficile par la présence de la volumineuse tumeur qu'est l'utérus gravide qui tend à encombrer le champ opératoire. Cette présence est parfois si gênante pour l'opérateur, qu'il a pu être indiqué de vider artificiellement l'utérus avant l'intervention surtout dans les cas douteux où on supposait avoir besoin d'explorer la totalité de l'intestin.

La laparotomie elle-même permettra d'apporter bien des données au pronostic, telles que l'étendue des lésions, la nature du pus, sanieux et grumeleux dans les péritonites graves et septiques.

L'étude bactériologique du pus permettra dans une certaine mesure de se rendre compte de la gravité de l'infection, et Moreau a insisté dans sa thèse de Paris de 1905 sur la gravité toute spéciale que prenait l'association streptocoque-colibacille dans les affections d'origine intestinale au cours de la grossesse.

Quel est le pronostic pour le fœtus ?

Une attaque bénigne d'appendicite n'apporte en général aucun trouble au cours de la grossesse. L'opération est en général parfaitement supportée et ne donne en rien à l'utérus une irritabilité spéciale, et la grossesse n'est en général nullement interrompue.

On n'a en général pour ces cas d'opérations faites pour des appendicites catarrhales ou enkystées qu'une mortalité fœtale de 30 o/o.

Mais dans les cas de péritonite généralisée il n'en est plus de même et la mortalité du fœtus est la règle, que la mère soit opérée ou non.

Dans toutes les observations que nous avons passées en revue, seule celle de M. Mauclore se conclut par la survie de la mère et de son enfant.

En général le fœtus périt intoxiqué *in utero*, s'il est vivant il succombe souvent au cours du travail à cause de son peu de résistance, ou s'il survit au travail il ne tarde pas à mourir quelques heures plus tard en proie à la septicémie consécutive au passage des microbes à travers le placenta.

TRAITEMENT

Nous avons vu dans l'un des précédents chapitres quelles étaient les difficultés du diagnostic de l'appendicite chez la femme enceinte. Supposons les levées, l'affection en cause est décelée, quel devra être le traitement à y apporter.

Avant de discuter la marche que devra suivre le médecin dans un cas d'appendicite déclaré, qu'il nous soit permis de rapporter ici les mesures d'hygiène que doit suivre, au point de vue de son tube digestif, la femme enceinte. Ces mesures ont été discutées par Coé en 1905 à la *Société américaine de Gynécologie* et elles constituent pour leur auteur la prophylaxie des affections intestinales pendant la grossesse, celle de l'appendicite par conséquent.

Elles visent à maintenir en parfait état le fonctionnement du tube digestif, si enclin à présenter des troubles pendant la gravidité. L'auteur américain insiste sur la nécessité d'obtenir la régularité des évacuations, en ayant recours pour les obtenir à des lavements et à des purgatifs légers, répétés si le besoin s'en fait sentir.

Le régime doit être particulièrement surveillé et se composer d'aliments légers, faciles à digérer, en

évitant les substances fermentescibles ou échauffantes.

Les boissons devront être suffisamment abondantes pour faciliter l'excrétion rénale.

Enfin les fonctions de la peau devront être stimulées par des bains fréquents et des frictions.

Mais bien que la médecine préventive soit la meilleure, et que les préceptes hygiéniques doivent tenir une bonne place en thérapeutique, la prophylaxie n'est pas pour cela toujours efficace, et il se trouve souvent qu'en dépit des meilleures précautions l'on voit les accidents redoutés éclater néanmoins.

Nous sommes en face d'une appendicite, chez une femme enceinte, devons-nous oui ou non l'opérer ?

Nous avons vu, d'une part, que toute douleur dans la fosse iliaque n'est pas une appendicite ; d'autre part, nous voyons que l'appendicite évolue souvent d'une façon bénigne et peut se terminer par résorption des exsudats inflammatoires. De plus les appendicites à évolution rapide, amenant presque d'emblée la péritonite généralisée, sont rares.

Mais comment être absolument tranquille sur l'évolution d'une maladie, pour anodine qu'elle paraisse dans ses débuts, lorsqu'on a vu les accidents formidables qu'elle peut entraîner, même après un début bénin qui ne fait qu'en voiler la marche insidieuse.

Ne voit-on pas Wiggins (obs. I) perdre sa malade à la suite de l'opposition que présente la famille lorsque l'on parle d'opérer.

M. Segond (obs. VIII), dans sa communication,

regrette de n'être pas intervenu plus tôt, et montre combien était précieux le temps perdu à hésiter avant l'opération.

Quant à l'opération, entreprise avec tous les soins habituels d'asepsie, elle n'est pas plus dangereuse qu'à l'état normal.

Dans les cas où le fœtus n'est pas encore intoxiqué par les poisons microbiens de la mère, son développement purement intra-utérin n'est nullement interrompu dans la majorité des cas par le traumatisme chirurgical.

Dans les cas de péritonite généralisée, l'infection de la mère est suffisante pour contaminer l'enfant à travers le placenta ; la vie du fœtus devient alors quantité négligeable, et ne doit plus entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit de sauver la mère, car dans tous les cas il succombe avant, pendant ou après le travail.

D'ailleurs, l'opération n'est-elle pas le moyen de choix pour soustraire rapidement le fœtus à l'infection maternelle, et si dans la plupart des cas cette vue n'est que théorique, il y a cependant celui de Mauclaire (obs. XIV) où une intervention large et hardie permet à la mère et à son enfant de triompher d'une péritonite appendiculaire généralisée.

Nous avons vu au pronostic que la statistique des cas opérés est de beaucoup la meilleure, même dans les cas de péritonite généralisée, où la mortalité est de règle lorsque l'on a laissé la maladie évoluer à sa guise. Dans les observations relatées à la fin de cet

ouvrage, l'opération a permis de sauver deux femmes et un enfant malgré la généralisation de la péritonite.

C'est pourquoi nous adopterons la règle donnée, il y a déjà longtemps par Paul-F. Mundé dans le *Medical Record* de 1896, qui dit qu'il faut traiter l'appendicite sans se préoccuper de la grossesse.

Ce qui est prudent dans les appendicites bénignes sera d'autant plus nécessaire que la forme en est plus grave, et l'on devra opérer, même en face des cas les plus désespérés. Le cas de M. Segond relaté à l'*Académie de médecine* le 6 mars 1900 (obs. VIII) doit donner espoir et courage au chirurgien.

En résumé, nous sommes nettement interventionnistes pour les appendicites survenant au cours de la grossesse. Il faut opérer sans hésiter, mais ne le faire toutefois qu'autorisé par un diagnostic soigneusement fait et bien établi.

Le traitement médical est pour nous un simple traitement d'attente, tout à fait impuissant dans les formes graves à enrayer la péritonite généralisée : on s'y tiendra tant que le diagnostic sera hésitant ou en attendant l'arrivée du chirurgien.

L'opium, le repos absolu, la diète et la glace en permanence sur l'abdomen en formeront les grandes lignes.

Quant à l'intervention, pour la forme catarrhale ou accompagnée de péritonite enkystée, on pratiquera l'opération ordinaire : résection de l'appendice et drainage des abcès.

Disons seulement :

1° Qu'il est préférable, à moins d'urgence, d'opérer entre les époques menstruelles, car alors le bassin est plus congestionné, et l'utérus plus irritable pourrait plus facilement expulser le produit qu'il contient ;

2° Qu'il est préférable d'opérer avant le travail qui, par les efforts qu'il cause, peut produire la rupture des adhérences pouvant limiter un foyer purulent.

L'appendicite a-t-elle entraîné une péritonite généralisée, il faudra procéder à la toilette du péritoine. On fera l'incision classique au niveau de la fosse iliaque droite. Recherche de l'appendice. Si on ne le trouve pas au bout de quelques minutes, ne pas insister et drainer largement.

Si la péritonite généralisée est évidente, si l'on perçoit par exemple une fluctuation dans la fosse iliaque gauche, pratiquer une incision symétrique à ce niveau.

On pourra compléter le drainage par une colpotomie postérieure qui avacuera bien le pus collecté dans le cul-de-sac de Douglas, partie la plus déclive du péritoine. En effet dans le cas de M. Pinard (*Académie de médecine*, 1900), malgré un drainage soigné des parties supérieures du péritoine, il resta du pus dans le cul-de-sac de Douglas qui, au bout de huit jours vint former un abcès bombant dans le cul-de-sac postérieur. Une fois le péritoine drainé, il faudra y faire passer de l'eau stérilisée très chaude,

(45 à 50 degrés) qui ressortira par les drains, en démontrant le bon fonctionnement, et l'on injectera jusqu'à ce qu'elle ressorte limpide.

L'eau bouillie sera avantageusement remplacée par la solution de sérum physiologique à 7 gr. 5 de chlorure de sodium par litre, qui étant isotonique avec les liquides de l'organisme a le grand avantage de ne pas être irritante pour l'endothélium qu'elle viendra baigner.

Les incisions seront partiellement suturées, le drainage assuré par de gros tubes introduits dans les parties déclives et largement fenêtrées : on complètera le drainage par des compresses de gaze stérilisées ou iodoformées suivant le procédé de Mikulicz.

Si la grossesse était avancée, et si le globe utérin fait craindre au chirurgien de ne pouvoir entièrement explorer l'abdomen, on sera en droit de faciliter cette exploration en vidant l'utérus avant l'intervention.

Pour cela il est impossible de profiter de l'incision de la laparotomie médiane pour faire une césarienne, ce serait aller au-devant d'une infection puerpérale certaine.

Le cas échéant, on peut s'en tenir à la conduite de notre maître, M. Tissier, dans le cas qu'il rapporta, en novembre 1905, à la *Société d'Obstétrique de Paris* et que nous relatons plus loin. La grossesse datait de huit mois, la malade était une grande multipare.

Après dilatation rapide du col, par le procédé de M. Bonnaire, M. Tissier fit une application de forceps

et put extraire un enfant mort du poids de 2.400 grammes. M. Savariaud put alors explorer complètement la région appendiculaire et l'état de l'intestin.

Cette conduite est autorisée par la mort habituelle du fœtus dans ces cas de péritonite généralisée. Après l'opération, sérum, éther, huile camphrée soutiendront le cœur et les forces de la malade.

Il faudra veiller à l'utérus qui dans ces cas reste plus ou moins à l'état de subinvolution. Un bandage du corps maintiendra solidement la paroi.

Dans les cas où l'appendicite est survenue dans les premiers temps de la grossesse, on peut se demander qu'elle est la solidité des cicatrices obtenues et comment elles se comporteront au moment du travail qui surviendra plus tard. M. Monod (*Société d'Obstétrique de Paris*, 1899) et M. Mauclaire les ont vu résister parfaitement à un travail qui se déclara plusieurs mois plus tard, aboutissant à l'expulsion d'un fœtus à terme de poids normal.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Wiggin. *Medical Record*, 23 janvier 1892).

Grossesse de trois mois. — Appendicite péritonite généralisée. — Mort.

Le 21 juillet 1889, je fus appelé auprès de M^{me} A..., femme, âgée de trente cinq ans, mariée. Elle est depuis quelque temps malade et très constipée suivant son habitude. Depuis trois mois elle n'a pas revu ses règles, et a de fréquents vomissements, surtout le matin. Je fis le diagnostic de grossesse et administrai une potion à l'oxalate de Cérium. Le 24 les nausées n'avaient pas disparu, la constipation persistait et j'ordonnai du viburnum ainsi qu'un vomitif.

Le 26, comme les intestins n'étaient pas vidés et que les nausées augmentaient, j'ordonnai 1/10 de grain de calomel et un grain de bicarbonate de soude à prendre toutes les demi-heures. Je prescrivis aussi un nouveau vomitif. Le pouls était alors à 100 et la température à 99 degrés Fahrenheit. Dans une visite ultérieure je trouvai la malade mieux. Le 27, les nausées continuent, et pour la première fois la malade se plaint de douleurs au point de Mac-Burney. Aucune tumeur ne peut être décelée

et la douleur n'est pas augmentée par la pression. Température 100° F., pouls 108. L'appendice fut alors incriminé comme étant la cause de la maladie. Il y eut alors une consultation, les confrères ne purent s'entendre sur le diagnostic. Le 28, la malade passa une très bonne nuit. Le point de Mac-Burney avait disparu, mais la malade se plaignait maintenant de la région ovarienne gauche. On ne trouva aucune tumeur ni douleur à la percussion.

Il y avait une légère distension de l'abdomen, et les muscles étaient un peu rigides.

On tint une nouvelle consultation, mais l'accord, quant au diagnostic, ne put encore être établi. Pendant l'après-midi la malade eut un frisson et une heure après la température était de 103 degré F. le pouls de 126. Une opération fut préparée, mais des amis s'y opposèrent.

Une péritonite septique généralisée se développa et la malade mourut le 31.

OBSERVATION II

(M. Maygrier, 1897, *in* thèse Jarca).

Appendicite prise pour une occlusion intestinale et suivie de péritonite généralisée.

Femme de trente-trois ans, entrée le 25 août 1897 à la Maternité de Lariboisière, secondipare. Pas d'antécédents héréditaires. Elle ne se rappelle pas l'âge où elle a commencé à marcher. Débile jusqu'à sept ans, réglée à quatorze ans.

Première grossesse en mars 1895. A 4 mois elle fait une

chute de la hauteur d'un tabouret, perd du sang, a du ténésme vésical, puis de la constipation. Un médecin appelé fait le diagnostic de rétroversion, et parce qu'elle a une leucorrhée abondante, donne deux injections par jour. Peu après la chute, elle sent les mouvements de l'enfant et a de l'œdème au niveau des membres inférieurs. En examinant les urines, on trouva de l'albumine en assez grande quantité et on la soumit au régime lacté. La malade n'a plus senti remuer l'enfant. A six mois, un matin, sans motif apparent elle perd une certaine quantité de liquide rougeâtre, et à 3 heures du soir elle accouche d'un fœtus mort-né. La délivrance fut faite en plusieurs fois par un médecin. Suites de couches normales. Dans le courant de 1896 elle fut un mois sans voir ses règles et à la suite d'une autre chute, elle perdit beaucoup de caillots, ses règles revinrent et durèrent dix à douze jours.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 20 février 1897, mouvements actifs vers 4 mois 1/2. Dans les premiers jours d'avril, elle fut prise de diarrhée avec coliques, ayant trois à quatre selles par jour.

Le 22 août, à la suite d'un repas composé d'aliments indigestes ; la malade fut prise de vomissements, rendit de la bile plusieurs fois pendant la nuit et, dans la soirée, elle n'eut qu'une selle. Le 23 août elle se plaignit d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Un médecin fut appelé qui ordonna 20 grammes de sulfate de soude et des lavements. Malgré les lavements et les purgatifs la malade n'eut pas de selles ni de gaz dans la journée. Elle n'eut pas de vomissements. Le 24 août elle accusa une douleur étendue à tout l'abdomen. Le médecin revint deux fois dans la journée et ordonna une purgation à l'huile de ricin et deux lavements qui n'eurent pas de résultat. Tempéra-

ture 36°6. Le 25 août la malade eut quelques vomissements verdâtres. Le ventre devint de plus en plus tendue et douloureux. Un second médecin fut appelé en consultation, et l'on fit transporter la malade à l'hôpital. Pendant le trajet, dans une voiture des Ambulances urbaines, qui dura environ une demi-heure, elle fut prise des douleurs du travail et perdit les eaux.

On l'examine à 3 h. 1/2 du soir. Facies bon, langue blanche, pouls à 95 plein et régulier. Au palper on ne peut rien distinguer, car l'abdomen est météorisé et douloureux sans point fixe de la douleur. Au toucher dilatation complète, présentation du sommet qui est déjà à la vulve. L'accouchement se fait à 3 h. 3/4 en S.I.G.P., d'un enfant vivant de six mois environ. Délivrance normale et complète cinq minutes après.

La malade soulagée un peu, après l'accouchement, est reprise bientôt de douleurs internes étendues à toute la région abdominale. A 7 heures du soir on lui donne un lavement suivi de l'évacuation de beaucoup de liquide, contenant de petits grumeaux de matière fécale. Pas de gaz, pas de vomissements. Pouls à 90. Son état général ne paraît pas mauvais. Par le toucher vaginal, on sent dans le cul-de-sac postérieur une masse molle qui se continue avec le col. Le toucher rectal donne la même sensation de masse molle à travers la face antérieure du rectum. Pendant la nuit la malade a des étouffements et souffre beaucoup. Pas de vomissements. Elle a une garde-robe composée de liquide jaunâtre et de matière fécale en grumeaux.

Le 26 août à 7 heures du matin. Température 36°2, la malade est abattue, elle a la bouche sèche et la langue légèrement saburrale. L'abdomen est très distendu et très douloureux.

M. Herrenschmiedt fait donner, à 8 heures du matin, 15 grammes d'huile de ricin.

MM. Maygrier et Rochard pensent à une occlusion intestinale par volvulus ou invagination et prescrivent deux lavements électriques avec application de glace sur l'abdomen et boissons glacées. La malade a une évacuation spontanée d'une petite quantité de liquide jaunâtre avec quelques fragments de matière fécale. M. Triboulet donne le lavement électrique à 7 h. 1/2 et l'introduction de la sonde seulement provoque l'évacuation d'un peu de liquide de même nature que celui qui avait été évacué auparavant. La durée du lavement est de six minutes, et n'est suivi d'aucun effet. A 5 h. 1/2, M. Herrenschmiedt fait donner un grand lavement d'eau bouillie, le liquide ressort à peine teinté entraînant quelques fragments de matière fécale.

A 7 heures du soir, la température est à 37 degrés, le pouls à 110. La respiration est difficile, on fait quelques piquûres d'éther et de caféine ; on lui donne un nouveau lavement électrique sans résultat. A 8 h. 1/2 la malade est transportée en chirurgie, elle est très abattue.

A 11 heures du soir, M. Thiéry fait la laparotomie. La malade est dans un tel état de prostration qu'on se décide à lui faire simplement dans la fosse iliaque droite un anus contre nature.

Le péritoine à peine ouvert il s'écoule du pus grumeleux, d'odeur infecte, les anses intestinales sont congestionnées, et adhérentes ; on voit qu'il s'agit d'une péritonite généralisée et on fait un lavage à l'eau bouillie. On laisse deux drains et après avoir fait deux points de suture on fait le pansement. La malade est si bas qu'on lui fait de nouvelles injections de caféine,

d'éther et de sérum artificiel. Elle succombe à 2 h. 1/2 du matin.

On ne peut pas faire l'autopsie pour pouvoir faire un examen complet, mais en agrandissant légèrement l'incision faite pendant l'opération, dans la fosse iliaque on trouve :

Un liquide louche, grisâtre et des grumeaux : on constate comme pendant l'opération, que les anses intestinales sont hyperhémées et agglutinées ; les adhérences sont facilement décollées. On attire en dehors l'intestin grêle et on ne constate, aucune trace d'occlusion.

En examinant le cæcum, on voit que l'appendice, sur une étendue de trois centimètres, est sphacélé ; on trouve dans cette portion trois petits caculs stercoraux du volume d'un pois.

OBSERVATION III

(Budin, *In* thèse Jarca, 1897.)

J. M..., multipare, âgée de trente-cinq ans. Entrée le 3 mars 1897. La malade entre à la Maternité pour des accidents d'origine péritonéale : Vomissements, ballonnement du ventre, vive douleur abdominale.

Le début de ces accidents aurait eu lieu subitement il y a six jours. Douleur abdominale suivie depuis deux jours de vomissements fréquents, de dyspnée, de frissons et de fièvre. Il y a deux jours la malade prétend avoir eu un violent traumatisme de l'abdomen (choc contre un meuble), mais les dires de la malade sont contradictoires, et l'on ne peut savoir exactement si l'apparition des douleurs abdominales coïncide ou non avec ce traumatisme.

La malade est enceinte de cinq mois, elle n'est pas en travail. A son entrée à l'hôpital, le 22 mars, la malade présente des symptômes de réaction péritonéale : facies grippé, température 39 degrés, pouls très rapide à 140, le ballonnement du ventre est très prononcé et généralisé à tout l'abdomen. Tympanisme à la percussion, dyspnée. La malade a des vomissements porracés et ne peut conserver aucun liquide même glacé. Elle va régulièrement à la selle. En même temps vives douleurs spontanées et provoquées par la pression. Elles auraient débuté, selon la malade, du côté droit et elles sont plus vives de ce côté à la pression. Traitement : morphine, lavements glycérinés.

Le 23 mars même état. Le 24 mars le ballonnement du ventre augmente, ainsi que les souffrances de la malade. Le Dr Budin fait demander le Dr Bouilly pour discuter l'opportunité de l'intervention chirurgicale. Il est très difficile de rapporter les lésions du péritoine à une cause certaine.

Peut-être le traumatisme cité par la malade joue-t-il un rôle ?
Peut-être s'agit-il d'accidents d'origine intestinale ?

D'autre part on ne possède aucune donnée sur le siège primitif de la lésion. M. Bouilly préfère attendre. M. Budin au contraire est partisan de l'intervention immédiate.

Le 25 mars même état, cependant la situation de la malade semble s'améliorer, le ballonnement du ventre a diminué, la température s'est abaissée à 37 degrés, le pouls est redevenu ample quoique toujours très rapide à 120. Mais le lendemain, 26 mars, le pouls est devenu petit, dépressible, le facies de la malade est très grippé, le ventre très ballonné. M. Bouilly fait la laparotomie sur la ligne médiane. Paroi abdominale infiltrée,

œdématisée. A l'ouverture du péritoine issue de gaz très fétides et d'un liquide roussâtre séro-purulent.

On voit l'épiploon épaissi, infiltré, et l'utérus gravide recouvert de fausses membranes. Lavage du péritoine à l'eau bouillie (3 litres de liquide). On ferme la paroi abdominale en laissant trois drains de caoutchouc, l'un dirigé vers le diaphragme, les deux autres vers les fosses iliaques.

Avant la laparotomie, cataplasmes laudanisés sur le ventre, vessies de glace, piqûre de morphine, lavement purgatif.

Après la laparotomie, injection de sérum, caféine, éther. Quelques heures après l'intervention, le pouls est incomptable, la malade s'affaiblit et succombe sept heures après l'opération.

Autopsie. — Péritonite suppurée, le pus a envahi toute la cavité péritonéale jusqu'à la face inférieure du foie. Adhérence et infiltration du grand épiploon. Utérus normal contenant un œuf de 750 grammes. L'utérus ne présente pas de lésions. L'intestin est très dilaté par les gaz, surtout le gros intestin et le cæcum en particulier. On ne constate pas de perforation intestinale, l'appendice en revanche est tout entier sphacélé et détruit.

OBSERVATION IV

Budin. — *In* thèse Jarca, 1897.

Grossesse à terme. — Appendicite péritonite généralisée. — Mort.

C... J..., âgée de vingt ans, primipare. Entrée à la Maternité le 1^{er} octobre 1897 à 11 h. 1/2 du soir,

Antécédents personnels. — Elle ignore l'âge auquel elle a marché. Régulée à seize ans et depuis tous les mois pendant six à sept jours.

Au début de la grossesse, elle a tenté de se suicider en avalant du sublimé dissous dans de l'alcool à brûler. Elle a été soignée pour cela pendant trois mois à l'hôpital. A son entrée à la Maternité, elle est en travail, et les membranes sont rompues depuis près de trente heures.

La palpation montre une présentation du sommet en D. P.

Au toucher on sent la tête profondément engagée, la dilatation est de 1 centimètre.

A 2 heures du matin même dilatation.

A 4 heures, la dilatation est de 6 centimètres, on sent la fontanelle postérieure en arrière et à droite, la suture sagittale dans le diamètre oblique gauche. A 6 h. $1/4$ dilatation complète. A 6 h. $1/2$ la rotation se fait.

A 6 h. 40 la tête se dégage et l'accouchement se termine. Enfant vivant du sexe féminin. Poids 2.250 grammes. A 7 h. 10 le placenta est dans le vagin, il est facilement retiré, il pèse 500 grammes ; la délivrance est complète.

Comme les membranes étaient rompues prématurément, on fait une injection de quatre litres de sublimé à 1 p. 4000.

A 10 heures, la malade est transportée au n° 32, salle Dubois.

Pendant cinq jours tout se passe normalement.

Le 7 octobre, à 5 h. $1/2$ du soir la malade a un frisson. La température est de 38°6, le pouls à 130 très faible. Les lochies sont abondantes, mais sans odeur. On lui donne une injection intra-utérine et on la transporte salle Levret au n° 6.

On constate par la palpation que le bas ventre est très douloureux, il n'y a pas de siège nettement plus marqué ; toute la

paroi est hyperesthésiée. Au toucher on ne trouve rien d'anormal. L'état général n'est pas mauvais ; la malade n'a pas de vomissements ni de nausées, la langue est normale, pas de diarrhée, rien du côté des seins. Comme traitement on lui met de la glace sur le bas ventre.

Le 8 octobre, température du matin 38°5 ; du soir 39°6.

Pouls : matin 120, soir 125.

M. Budin examine la malade, et il est impossible de préciser le siège de la douleur et son point de départ. Elle s'étend dans toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen qui est légèrement ballonné. Les lochies sont abondantes, mais ni fétides ni purulentes. Enfin l'état général est moins bon, la langue se dessèche, il y a dans la journée quelques vomissements alimentaires, et de la diarrhée. La glace est continuée. Deux injections intra-utérines sont données matin et soir.

Le soir une injection de 1/2 centigramme de morphine ne parvient pas à calmer les douleurs.

Le 9 octobre : température du matin 36°8, soir 38°2 ; pouls très fréquent : 125 matin, 140 soir.

Le ventre est cependant moins douloureux surtout le matin. Les lochies restent abondantes et deviennent purulentes. La malade vomit seulement le soir, la diarrhée continue. Même traitement : deux injections intra-utérines, glace en permanence, 1 centimètre cube de morphine le soir.

Le 10 octobre : température matin 38°8, soir 37°8. Le pouls devient de plus en plus fréquent, le matin il est de 150, le soir de 165. Le ventre très douloureux le matin, l'est moins le soir. Cependant il est plus ballonné que les jours précédents.

Lochies toujours purulentes. L'état général est de plus en plus mauvais. La diarrhée continue. Les vomissements fréquents

deviennent verdâtres. Cependant les symptômes sont un peu atténués. Même traitement.

Le 11 octobre la température du matin est de 37°6, du soir 38°8. Le pouls est au matin de 110, au soir 155.

Les lochies ont le même caractère que la veille. Le ventre est très douloureux, mais à partir de l'après-midi, les douleurs s'étendent rapidement à tout l'abdomen, et le ballonnement augmente rapidement. Il n'y a pas de matité dans les flancs. En même temps l'état général devient très mauvais, la langue est sèche, presque rôtie. La diarrhée est abondante et fétide, enfin les vomissements ne cessent pas de toute la journée, ils sont verdâtres, à la fin porracés.

Même traitement, le soir à 6 heures, injection de 1 centigramme de morphine. Potion avec 3 centigrammes de menthol, les douleurs ne cessent pas, le ballonnement augmente, les vomissements durent jusqu'à 11 heures du soir. A ce moment la malade est prise de vomissements abondants d'odeur fétide et aigre, mais non fécaloïdes qui durent près de dix minutes. On constate à ce moment que la malade a le facies grippé, les yeux excavés profondément, elle meurt à 11 h. 3/4.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité thoracique on constate des adhérences de la plèvre gauche, il y a de la congestion hypostatique des deux bases. Le cœur est un peu pâle et flasque, le sang des cavités a le caractère du sang dissous. Pas de lésions d'orifices. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'échappe une quantité notable de pus jaune verdâtre. L'épiploon est infiltré de pus et adhère légèrement en plusieurs points aux anses intestinales. Les anses sont accolées elles-mêmes en plusieurs points par de fausses membranes infiltrées de pus. Il n'y a pas de matières fécales dans le liquide péritonéal. On ne

trouve pas de perforation sur toute la longueur de l'intestin grêle.

On trouve une perforation de l'appendice, à son extrémité libre, tandis que la partie de cet appendice contiguë à l'intestin est d'apparence saine, l'extrémité qui en a été séparée forme une sorte de cavité ouverte dans le péritoine qui est rempli d'un magma purulent.

L'utérus n'est pas revenu sur lui-même, il est pâle et gri-sâtre. Le foie est pâle il en est de même de l'estomac et des reins. Le reste des intestins paraît sain.

L'examen bactériologique du pus montre en abondance un microorganisme ayant tous les caractères morphologiques du coli-bacille. Les cultures avec pus de la sérosité péricardique donnent des colonies de coli-bacilles moins nombreuses que celles faites avec le pus du péritoine.

OBSERVATION V

(M. Tuffier. — *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 1897).

Trois grossesses, trois poussées d'appendicite, réaction de l'appendice. — Guérison.

M^{me} X..., trente-quatre ans, est d'une constitution vigoureuse et n'a jamais eu aucun trouble intestinal ou gastrique, sauf une constipation assez opiniâtre.

Il y a huit ans elle eut au cours de sa première grossesse des accidents très graves du côté de la fosse iliaque droite. On pensa d'abord à une fièvre typhoïde ; l'intensité des symptômes est très accusée, la température oscillant entre 38 et

40 degrés pendant quinze jours dont les huit derniers furent marqués par un délire continu.

Le tout disparut brusquement par l'ouverture d'un abcès dans le cæcum, et l'expulsion par l'anus d'une quantité énorme de pus fétide.

La grossesse n'en continua pas moins, et la malade sortit saine et sauve de ces accidents. Un an après, nouvelle grossesse, nouvelles douleurs dans la fosse iliaque droite, avec poussées intermittentes fébriles et vomissements qui nécessitèrent le repos au lit pendant toute la durée de la grossesse. L'accouchement eut lieu à terme et depuis lors cette femme ne ressentit que des douleurs vagues dans la fosse iliaque.

Troisième grossesse il y a quatre mois, c'est-à-dire sept ans après la première, douleurs dans le flanc droit ; dès le premier mois, ces douleurs s'accompagnent de gonflement de la région ; la malade reste alitée. Je suis appelé par le Dr Selle pour l'examiner. Je porte le diagnostic d'appendicite, et l'absence de fièvre, le gonflement bien limité et circonscrit, me font penser à une appendicite sans suppuration. Glace, opium, immobilité absolue. Les douleurs continuent à s'aggraver et après un mois d'hésitation que nous imposait l'état de grossesse, le gonflement ayant persisté et l'état douloureux devenant plus intense, je consentis à intervenir.

Le 30 janvier 1897 à la Maison de santé de la rue Bizet, avec le concours de M. Selle et de M. Brenzet, je pratique l'incision classique, et je trouve d'abord dans la fosse iliaque une tumeur kystique de l'ovaire droit du volume d'une orange ; j'en pratique l'extirpation, puis au milieu d'adhérences épiploïques, je trouve l'appendice fibreux, long de sept à huit centimètres, intimement soudé à la face postérieure du cæcum : je

l'isole péniblement et, arrivé à son extrémité libre, je suis obligé de disséquer l'appendice des parois caecales épaissies et fibreuses. Résection au thermocautère et sutures.

L'appendice avait conservé sa lumière, mais il était fibreux, son canal étroit, et à son extrémité aveugle il contenait un gros calcul pierreux d'origine stercorale.

La guérison opératoire se fit sans incidents.

J'ai revu la malade le 7 avril : elle se porte à merveille, elle ne souffre pas et sa grossesse continue sans encombre.

OBSERVATION VI

(M. Pinard.— Académie de médecine. Mars 1898.)

De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité.

Le 14 décembre 1897, une jeune femme de vingt-cinq ans, enceinte pour la première fois de 6 mois 1/2 environ—dernières règles le 28 juin,—n'ayant aucun passé médical, se promenant dans Paris avec son mari, éprouva brusquement une douleur très vive au niveau de la région épigastrique puis s'irradiant bientôt dans toute la région abdominale avec prédominance dans la fosse iliaque droite et la région lombaire. Rentrée avec peine chez elle, les vomissements ne tardèrent pas à se montrer, alimentaires d'abord, puis bilieux et porracés le lendemain. Un médecin fut appelé qui conseilla des injections chaudes, des cataplasmes, des lavements laudanisés. Le ventre se ballonna et la constipation, qui n'existait pas avant se montra opiniâtre, malgré l'ingestion de purgatifs. Cet état dura avec des alternatives de calme et d'excitation jusqu'au 19 décembre

jour où la malade fut amenée à la Clinique Baudelocque.

A son entrée mon chef de clinique, M. le D^r Baudron, constate un ballonnement considérable du ventre avec circulation collatérale très apparente de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite. A la palpation, le ventre est douloureux dans toute la région épigastrique surtout à droite. Point de Mac-Burney très net. Le palper permet de délimiter une tumeur dont la limite supérieure effleure l'ombilic. Cette tumeur se contracte sous la main, c'est l'utérus.

Les anses intestinales distendues, refoulées dans la partie supérieure de la cavité abdominale donnent à la percussion une sonorité considérable. Le toucher démontre la présence du col ramolli, un peu effacé ; au centre de l'excavation et dans le cul-de-sac antérieur on perçoit le battement vaginal. Rien d'anormal dans le cul-de-sac.

L'auscultation fait percevoir nettement les pulsations du cœur fœtal. Le pouls maternel était à 120 et la température 37°8. Traitement : injection sous-cutanée de morphine, glace intus et extra. Je vis le lendemain la malade, sa situation, n'avait pas changé. Le pouls était à 120, la température 37 degrés, mais le facies était grippé et le ballonnement du ventre extrêmement accusé. Je portai le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée et je pensai qu'un seul traitement pouvait offrir une chance de guérison : l'intervention chirurgicale.

Toutes les dispositions furent prises pour cela, et à 3 heures du soir la température étant toujours à 37 degrés et le pouls à 120, et la malade ayant été soumise à l'anesthésie chloroformique, mon collègue Segond pratiqua une incision de 6 centimètres, parallèle à l'arcade de Fallope, au niveau de la région caecale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoula un flot de pus

extrêmement fétide au milieu duquel nageaient la trompe et l'ovaire très congestionnés. Les doigts introduits à travers l'incision plongèrent dans un vaste foyer rétro-cæcal, et reconnurent que le pus, libre dans toute la cavité péritonéale, contournaît l'utérus repoussé en avant et existait en abondance dans la fosse iliaque gauche.

Pour cette raison, M. Segond pratiqua à gauche une incision analogue à l'incision droite. Il s'écoule encore une notable quantité de liquide séro-purulent odorant, mais moins fétide que le pus qui remplissait la fosse iliaque droite. Les annexes gauches nagent dans ce liquide et apparaissent entre les lèvres de l'incision. On place de chaque côté deux drains, en canons de fusil dont les extrémités profondes se réunissent dans le cul-de-sac de Douglas, et par ces drains on fait passer de l'eau bouillie jusqu'au moment où cette eau revient absolument claire. Pansement à la gaze stérilisée à plat. Durée de l'intervention vingt minutes.

Dans la soirée apparition de contractions utérines douloureuses. Température 38°2, pouls 150. Expulsion du fœtus le 21 à 4 h. 30 du matin. Délivrance naturelle, il n'y a pas eu d'hémorragies et les vomissements n'ont pas reparu après l'opération ; mais le pouls devient de plus en plus fréquent et petit, et malgré des injections d'éther et de caféine, l'affaiblissement progresse et la malade mourut à 1 h. 45 du soir.

Autopsie pratiquée par le Dr Wallich, chef du Laboratoire. — L'autopsie complète n'a pu être faite, mais on a pu examiner l'abdomen en réunissant les deux incisions de la laparotomie.

On constate des adhérences nombreuses entre l'utérus et l'intestin. Dans la fosse iliaque droite l'intestin est pour ainsi dire maçonné par des adhérences. Au niveau du cæcum, l'ap-

pendice iléo-cæcal est adhérent, accolé au cæcum. Cet appendice mesure 7 centimètres, il présente deux perforations : l'une au voisinage de l'insertion du cæcum, l'autre à 3 centimètres au-dessous.

L'autopsie de l'enfant n'a pu être faite, mais le sang recueilli dans l'un des vaisseaux du cordon etensemencé a fourni des cultures pures de colibacille. Bien que l'examen bactériologique n'ait pu être pratiqué sur les organes maternels, il est bien vraisemblable d'admettre qu'il y avait du colibacille dans la cavité péritonéale par suite de la perforation intestinale.

OBSERVATION VII

(M. Porak et Schwartz. — Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, mai 1899.)

Péritonite suppurée avant l'accouchement qui se produit au septième mois et demi de la grossesse. — Enfant vivant, mort peu après la naissance. — Laparotomie. — Mort.

La nommée B..., secondipare, vingt-cinq ans.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants, bien portants.

Antécédents personnels. — Pas d'autres maladies que la rougeole et la varicelle. Premières règles ignorées. Grossesse antérieure en 1897 à vingt-trois ans. Accouchement normal, enfant vivant actuellement bien portant.

Depuis son dernier accouchement elle n'a pas eu ses règles, aussi ignore-t-elle le début de la grossesse actuelle, mais peu de temps après avoir ressenti les mouvements de l'enfant, elle a beaucoup souffert de coliques. A cette époque elle a reçu des

coups de poing dans les reins, et elle rapporte à ce traumatisme les douleurs qu'elle a ressenties ; ces douleurs siègent dans l'abdomen, sont plus marquées à droite, et assez violentes pour l'empêcher de dormir.

Brusquement, le 18 janvier au soir, elle a été prise de douleurs en ceinture et de contractions utérines douloureuses.

Le 19 janvier au matin elle a commencé à vomir. Les vomissements, d'abord jaunes, sont devenus vert foncé à midi et persistent au moment de son admission à la Maternité où elle est reçue dans la nuit du 20 au 21.

Pas de selles depuis son entrée à l'hôpital. Les urines sont abondantes, elles ne contiennent pas d'albumine. Les douleurs abdominales sont générales, plus prononcées à droite, dans la fosse iliaque. L'utérus incliné à droite ne permet pas de percevoir le point de Mac-Burney.

Cette femme est maigre et pâle, les yeux sont excavés, la langue sèche, la respiration est fréquente, gênée. A l'auscultation pulmonaire, la respiration est saccadée, le cœur ne présente rien d'anormal, le pouls est petit : 128. La température 39 degrés.

L'abdomen est tympanisé, à la palpation on provoque de la défense musculaire abdominale.

L'utérus est développé comme il l'est au septième mois et demi de la grossesse ; il est douloureux, contracté et ne permet pas d'apprécier la partie fœtale.

Le 21 janvier, la femme n'a pas eu de selles malgré un lavement glycéринé. Contractions utérines fréquentes, pas de gaz intestinaux, sueurs froides la nuit.

A 7 heures du matin elle a eu deux vomissements verts, porracés, remplissant une moitié de cuvette à un quart d'heure

d'intervalle ; nausées fréquentes. La figure est moins pâle, les yeux moins cernés, la respiration est à 32.

Accès d'étouffement la nuit, et ce matin hoquets fréquents. La malade n'a pas dormi du tout cette nuit, le ventre est tendu, très douloureux partout.

Le diagnostic de péritonite aiguë généralisée ne fait pas de doute. Je n'ai vu cette malheureuse que vers 11 heures. Je fis prévenir immédiatement M. Schwartz, qui put venir voir la malade. Nous pensâmes tous les deux que probablement la péritonite était le résultat d'une appendicite, parce que la douleur était exaspérée par la pression de l'abdomen à droite, et aussi peut-être parce qu'il existait plus de défense musculaire de la paroi abdominale dans cette région. D'ailleurs la laparotomie exploratrice s'imposait, et nous prîmes rendez-vous dans l'après-midi.

Dans cet intervalle, la malade accouchait spontanément à 1 h. 1/2 d'un enfant né à l'état de mort apparente et qui succombait quelques heures après.

Cette mort rapide fait supposer qu'il était infecté par voie placentaire ; mais on ne fit aucune recherche pour démontrer cette hypothèse.

Malgré la laparotomie la malade succomba.

OBSERVATION VIII

M. Segond. — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de
Pédiatrie, 3 mars 1899.)

*Note sur un cas d'appendicite nerveuse au cinquième mois
de la grossesse.*

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans environ, à laquelle j'avais donné mes soins depuis plusieurs mois pour une rétroversion mobile, non compliquée de lésions annexielles appréciables.

Elle devint enceinte à la fin d'août 1898 : c'était sa troisième grossesse. Sur mes conseils elle s'adressa au Dr Baudron qui la vit pour la première fois le 6 février 1899 et constata une grossesse normale de cinq mois environ. Cette grossesse évoluait de la façon la plus simple, quand le lundi soir, 15 février, M^{me} X... éprouva quelques douleurs vagues à la nuque et aux reins. Son petit garçon souffrait depuis quelques jours de la grippe, il était donc naturel de penser qu'elle était atteinte de la même indisposition. Ce fut le diagnostic de son médecin, M. Féraud, qui la vit en rendant visite au petit malade. Le mardi 14, M^{me} X... ne ressentit plus qu'un peu de courbature, quand subitement, vers 11 h. 1/2 du matin, elle fut prise de douleurs abdominales assez vives pour lui faire croire à un début de fausse couche. M. Baudron aussitôt réclamé arriva à midi et demi et trouva la malade un peu calmée par une piqure de morphine que M. Féraud venait de lui faire ; elle n'était pas en travail, le ventre était légèrement météorisé. La région iliaque

droite était douloureuse à la pression, surtout au point appendiculaire, mais à ce niveau il n'y avait pas d'hyperesthésie cutanée, on constatait cependant une légère défense musculaire. A gauche, le ventre était également douloureux à la pression mais sans localisation particulière. Il n'y avait ni vomissements, ni nausées. La malade avait eu la veille une selle abondante, et rendait des gaz par l'anus. La langue était blanche mais très humide. Il y avait 88 pulsations par minute et 37°2 de température axillaire.

L'entourage de M^{me} X... n'avait pas l'ombre d'une inquiétude car à plusieurs reprises des symptômes analogues s'étaient produits pour disparaître ensuite et cela à plusieurs reprises. M. Baudron n'en porta pas moins le diagnostic d'appendicite, et au grand étonnement de tous il prévint la famille de la gravité possible de cet état.

La journée fut calme. Le soir la température était toujours à 37°2 et le pouls à 90.

Les douleurs s'étaient tellement amendées qu'on ne fit même pas de piqûre de morphine, et la nuit fut cependant très bonne. Le 15 au matin, à 8 h. 1/2, M. Baudron trouva M^{me} X... bien reposée et satisfaite de son état. Le ventre était souple et indolent, sauf peut-être au niveau du point appendiculaire, mais toute trace de défense musculaire à ce niveau avait disparu. Le pouls demeurait à 90. La température 37°2. Il y avait bien quelques éructations, mais un lavement glyciné venait de provoquer une selle suffisante et l'évacuation d'une grande quantité de gaz. Il n'y avait pas l'ombre d'une tendance à la nausée ou au vomissement, et le lait additionné d'eau de Vichy était parfaitement toléré.

Il fut donc convenu que M. Baudron ne reviendrait que si son

confrère le jugeait nécessaire. Le soir la température égala 38 degrés et parallèlement le pouls fut à 96. La nuit fut bonne ; mais le 16 au matin M. Féraud ayant constaté l'insuccès d'un lavement glycériné et le retour d'un certain degré de météorisme fit demander M. Baudron. Nos deux confrères virent ensemble la malade à 6 h. 1/2 du soir. Le météorisme était à ce moment plus considérable que le matin, mais la région appendiculaire demeurait souple et sans réelle sensibilité. La langue était humide et le facies rassurant. La température ne montait pas au-dessus de 37°8, le pouls restait à 96. Il n'y avait toujours pas de nausées et l'émission des gaz par l'anus, pour être plus rare, ne s'en faisait pas moins librement. M. Baudron se guidant uniquement sur le météorisme, sur la tendance à la constipation, sur l'état saburral de la langue, sur la légère élévation thermique, sur l'existence d'une douleur vague au niveau du point appendiculaire, fut cependant d'avis qu'une intervention allait s'imposer à bref délai, alors même que l'état actuel persisterait sans autre aggravation, et rendez-vous fut pris avec moi le lendemain à 2 h. 1/2.

La nuit fut calme, mais à 8 heures du matin une crise douloureuse, très analogue à celles qui avaient marqué le début des accidents, apparut dans la fosse iliaque droite, pour être bientôt suivie de quelques frissons, d'un météorisme évident et d'une ascension du pouls à 104 sans que la température marquât plus de 37°5, tant et si bien que, quand nous arrivâmes avec M. Baudron et M. Féraud, il n'y avait plus le moindre doute à garder. Le pouls était à 128, le météorisme très accusé, et les deux régions iliaques se montraient douloureuses à la pression avec prédominance de la douleur à droite. Le facies commençait à se gripper, la soif était vive et les éructations

devenaient fréquentes, sans qu'il y eût cependant ni vomissements, ni nausées.

Bref, M^{me} X... était en pleine péritonite appendiculaire. Sur ma demande les professeurs Pinard et Dieulafoy se réunissaient à MM. Baudron et Féraud à 4 heures ; ils jugèrent qu'une intervention immédiate devait être tentée quelque grave qu'en fût le pronostic, et à 7 heures du soir j'opérais M^{me} X... en présence de M. Féraud avec l'assistance de M. Baudron et de mes deux internes Bigeard et Claisse.

Voici les principaux temps de l'intervention : Large incision au niveau de la région appendiculaire ; après évacuation d'une quantité considérable de pus granuleux recherche et résection d'un appendice petit mais complètement gangrené jusqu'à un demi-centimètre de son insertion caecale. Lavage très soigné du péritoine à l'eau stérilisée chaude, et fermeture partielle de cette première incision avec drainage de la région appendiculaire et de la cavité pelvienne. Incision symétrique dans la fosse iliaque gauche, et après évacuation du pus accumulé de ce côté, même manœuvre de lavage péritonéal et de drainage.

A 2 heures du matin la nuit suivante, M^{me} X... avortait sans aucune douleur. Le 18 au matin la température égale 37°2, le pouls était tombé à 110, le facies avait repris un caractère très rassurant ; il n'y avait ni sécheresse de la langue, ni vomissements, ni nausées, le météorisme avait disparu, et la journée fut en définitive excellente. A ma dernière visite faite le soir à 11 heures : cet état rassurant autant qu'inespéré ne s'était pas modifié. La température ne dépassait pas 37°4, il n'y avait plus que 100 pulsations, et M^{me} X... se déclarait satisfaite et très soulagée. La nuit ne fut pas mauvaise et c'est à 5 heu-

res du matin, le lendemain 19 février que l'état s'aggrava brusquement. Le pouls s'affaiblit et malgré tous les soins qui lui furent prodigués, M^{me} X... succombait dans la soirée.

OBSERVATION IX

(M. Pinard. — Académie de Médecine, 6 mars 1900.)

Appendicite au cours d'une grossesse de trois mois. — Péritonite généralisée. — Laparotomie : excision de l'appendice. — Lavage de la cavité péritonéale à l'eau salée. — Avortement consécutif, guérison.

Femme W. C..., religieuse âgée de trente-quatre ans est apportée à la clinique Baudelocque le 20 novembre à 7 heures 1/2 du soir.

Antécédents. — Sauf quelques bronchites, bonne santé générale, a eu six accouchements spontanés et à terme. Le dernier en mai 1899 et tous terminés par la naissance d'enfants vivants.

Dernières règles du 1^{er} au 5 novembre 1899. Apparition d'une douleur dans le côté droit le 10 novembre. Un médecin appelé crut à une névralgie intercostale et ordonna des cataplasmes sinapisés, une potion calmante et de l'autépyrine. Malgré ce traitement les douleurs persistèrent.

Le vendredi 17 novembre coliques très douloureuses et diarrhée noire et fétide. Une sage-femme appelée craignant une fausse couche demande un médecin en consultation. Traitement opiacé, continuation de la diarrhée.

Le samedi 18 à 6 heures du matin frisson et vomissements

d'abord alimentaires, puis bilieux et bientôt verts porracés. Etat fébrile et douleurs lombaires violentes irradiant vers le petit bassin. Pas de selles.

Le dimanche 19 même état, six vomissements dans la journée.

Lundi 20 même état. Douleurs abdominales de plus en plus vives et sans rémission. Vomissements. Constipation.

Examen à son entrée le lundi soir : état des plus graves. Le facies est grippé, les yeux sont excavés, la respiration est précipitée et difficile, les vomissements porracés sont fréquents. Le pouls est à 120 et la température égale 38° 3.

Le ventre est ballonné, la paroi abdominale est douloureuse, mais la pression des draps est assez bien tolérée.

La tension des muscles de la paroi est nettement plus considérable à droite qu'à gauche. Par la pression digitale on détermine une douleur excessivement vive et bien localisée au point de Mac-Burney. La percussion révèle une légère submatité à droite. Mon chef de clinique, M. le Dr Pagny, fait immédiatement, en présence de ce cortège de symptômes, le diagnostic d'appendicite et, trouvant l'intervention absolument urgente, me téléphone.

Je l'approuve entièrement et fait prévenir mon collègue et collaborateur, M. Segond. Il arrive à 11 heures du soir. L'état de cette femme lui paraît tellement grave après examen rapide, qu'il dit : « Admettez qu'il faut un certain courage pour opérer une femme dans ces conditions ». Mais comme l'opération était la seule chance de salut, M. Segond voulut bien la pratiquer.

Opération. — Chloroforme à minuit dix minutes. Anesthésie complète à minuit vingt-cinq. Incision de la paroi abdominale de dix centimètres. Sitôt la cavité péritonéale ouverte, il s'é-

coule une sérosité louche dont la quantité n'a pas été mesurée mais assez abondante pour se répandre à flots sur le plancher (évaluée à 500 grammes environ) puis apparaissent les anses intestinales de coloration rougeâtre.

M. Segond va à la recherche de l'appendice, qu'il trouve au milieu du petit bassin et fait saillie.

Il apparaît sain et sauf en un point. L'appendice est lié à sa base au moyen d'un fil de soie. Le péritoine est lavé alors à l'eau salée, jusqu'au moment où le liquide ressort absolument clair.

Drainage à la gaze stérilisée et fermeture de la paroi abdominale avec huit fils d'argent. Puis pansement sec et bandage compressif. A 1 heure du matin l'opérée est transportée à la salle numéro 6 et on lui pratique une injection sous-cutanée de 250 grammes de sérum salé. A ce moment le pouls est à 112 et la température 36°1.

Le 21 à 6 heures du matin deuxième injection de 250 grammes de sérum salé. Température 37°5. Pouls 110.

A 4 heures du soir 250 grammes de sérum salé. Température 37°3, pouls 108.

Le 22, le matin à 7 heures, 250 grammes de sérum salé. Température 37°8, pouls 100 ; le coton mis sur la vulve est taché de sang. Lavement suivi d'évacuation. Le soir température 37 degrés, pouls 96.

Le 23, le matin, température 37°2. Pouls 80. Expulsion spontanée et sans douleur d'un embryon mort. Purgatif. Le soir, température 38°1. Pouls 120.

Le 24, le matin, température 37°2. Pouls 96. Douleur dans le côté droit de la poitrine, vingt ventouses sèches.

Le soir, température 37°8. Pouls 112.

Le 25 et le 26, même état, la douleur de la poitrine a disparu.

Le 27, expulsion spontanée du placenta. Température normale.

Le 29, ablation des fils.

30 novembre au 3 décembre. — Légère hyperthermie le soir, ouverture d'un petit abcès à la paroi abdominale.

Le 4 et le 5, nouvelle hyperthermie, le soir 39°2.

Le 6, en pratiquant le toucher vaginal, le Dr Pagny constate la présence d'une collection fluctuante dans le cul-de-sac postérieur. Il pratique une incision à ce niveau et il s'écoule 400 à 500 grammes de pus. La cavité est lavée à l'eau bouillie et drainée à l'aide d'un tube en caoutchouc.

Tamponnement un peu serré du vagin autour du drain.

A partir de ce moment la température se maintient à la normale ainsi que le pouls. L'état général devient bon et cette femme quitte la clinique le 1^{er} janvier 1900.

Revue le 20 janvier, elle était en parfait état.

OBSERVATION X

(Herrgott. — *Annales de Gynécologie*, 1900, 2^e semestre).

Grossesse à terme. — Appendicite péritonite généralisée.

Mort.

La nommée M... T..., dix-neuf ans, primipare, entre à la Maternité de Nancy. Elle n'avait jamais été malade.

Régulièrement menstruée depuis l'âge de treize ans, elle

aurait eu ses dernières époques vers la fin de juillet ou d'août ; elle ne saurait préciser davantage.

La grossesse se serait passée sans troubles ni phénomènes sympathiques trop marqués. Toutefois, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle aurait eu une poussée grippale de cinq à six jours, caractérisée par de la céphalée, de la courbature, un peu de bronchite et de l'anorexie ; mais sans vomissements ni douleurs abdominales. Cette indisposition semblait terminée, lorsque dans la nuit du 8 au 9 avril elle ressentit de très fortes coliques dans le bas ventre surtout à droite. Elle put néanmoins se lever et aller dans une auberge voisine prendre une boisson alcoolique dans l'espoir de faire cesser ces douleurs abdominales. Malgré cela les coliques continuèrent. La malade se coucha, mais ne tarda pas à être prise de vomissements. Elle se leva pour vomir ; à ce moment perdant connaissance, elle tomba sur le ventre la tête en avant.

Des voisins accourus à son secours la transportèrent sur son lit. Elle eut encore de 4 à 11 heures du matin cinq à huit syncopes toujours accompagnées de vomissements jaunes verdâtres.

Se trouvant mieux dans le courant de l'après midi, cette femme se leva et put même faire une course assez longue ; mais, dit-elle, pliée sur elle-même à cause de la douleur abdominale qu'elle éprouvait.

Dans la soirée, nouvelle syncope accompagnée, comme les précédentes, de vomissements alimentaires.

Peu après elle ressentit des douleurs dans la région lombaire, qui la décidèrent à aller à la Maternité, où elle entra le 9 avril à 10 heures du soir.

A son arrivée on trouve que le col n'est pas effacé, on lui

donne, dans le courant de la nuit, un lavement laudanisé pour calmer les douleurs abdominales qui avaient reparu.

Le 10, la température est à 38°7, le pouls à 120.

La malade accuse une sensibilité abdominale diffuse.

L'utérus est en état de tension permanente, douloureux dans toute son étendue, aussi la malade se plaint-elle continuellement. Dans la soirée les douleurs sont toujours aussi vives. Elles continuent le lendemain 11 avril. Cependant le pouls est un peu moins fréquent : 114. La température 37°4. Le facies n'est pas grippé, il n'y a plus de vomissements dans la journée. Une potion à l'extrait thébaïque est supportée. Ces phénomènes persistent jusqu'au 12. Le travail qui avait été plus marqué la veille avance très lentement. Le flanc droit n'est pas douloureux, il est sonore à la percussion ; mais le flanc gauche est sensible à la pression, il y a aussi moins de sonorité en arrière, de ce côté. Cette submatité disparaît quand la malade se couche du côté droit.

A minuit la dilatation étant comme une paume de main, on rompt les membranes. Le travail s'accélère, la dilatation est complète, la femme expulse spontanément à 1 heure du matin un enfant pesant 2.350 grammes. La délivrance se fait peu après, elle est complète.

Le 13, mon collègue le Dr Schul me remet le service qui lui avait été confié pendant les vacances et me met au courant des divers incidents que je viens de rapporter.

J'apprends aussi que, depuis le 10, la malade n'a eu ni selle ni gaz. Le ventre qui n'était pas tympanisé avant le travail, s'est notablement ballonné depuis l'accouchement. Il est peu douloureux, mais dans tout le flanc gauche existe une résistance marquée.

Nous nous trouvons donc en présence d'une péritonite avec collection purulente qui semblait surtout localisée dans le flanc gauche. Malgré cette localisation anormale, malgré la chute sur le ventre qu'avait faite la malade trois jours auparavant, je pensai qu'il était indiqué de pratiquer sans retard la laparotomie pour donner issue au liquide collecté dans le péritoine et pour faire l'ablation de l'appendice, vraisemblablement point de départ de tous ces accidents péritonéaux. Je priai mon collègue, le professeur Weiss, de vouloir bien examiner cette malheureuse. Il partagea notre avis et pensa qu'il fallait en effet intervenir de suite, ce qu'il voulut bien se charger de faire sur-le-champ.

Il incisa la paroi abdominale au niveau de la ligne blanche de façon à permettre à la collection située dans le flanc gauche de s'écouler, espérant aussi pouvoir, par cette voie, arriver au niveau de l'appendice.

Lors de la section de l'abdomen on est frappé de l'épaississement et de la rougeur du péritoine.

Dès que la cavité péritonéale est ouverte, il s'écoule 400 à 600 grammes de liquide séro-purulent, qui semble venir de la partie gauche de l'abdomen.

Les anses intestinales qui apparaissent au niveau de l'incision sont recouvertes de fausses membranes blanchâtres et épaissies.

Après avoir épongé tout le liquide, M. Weiss explore la cavité abdominale à travers la plaie, de façon à reconnaître le foyer d'origine de la péritonite.

La région appendiculaire est surtout explorée avec le plus grand soin. Cette recherche de l'appendice est particulièrement difficile en raison de la place où l'incision a été faite.

N'ayant rien trouvé d'anormal du côté de la région appendiculaire, M. Weiss procède à un lavage minutieux de la cavité abdominale avec de l'eau stérilisée chaude. Puis lorsque tout le liquide irrigué ressort limpide, on établit un drainage avec la gaze iodoformée. La plaie est refermée tout en laissant une ouverture suffisante pour le libre fonctionnement du drain.

Le pansement terminé, on fait une injection sous-cutanée de sérum que l'on répète plusieurs fois dans la journée. Malheureusement, le poulx, qui après l'opération était resté à 106, s'accélère dans la soirée. L'état général est mauvais, s'aggrave de plus en plus, et trois jours après, le 16, la malade succombe aux suites d'une péritonite généralisée, malgré tout ce qui avait été tenté pour la sauver.

Voici ce que l'autopsie pratiquée par le Dr Viala permet de constater.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les anses intestinales couvertes de fausses membranes blanchâtres et très épaissies. Tout l'utérus est également recouvert d'une épaisse couche pseudo-membraneuse qui recouvre aussi la vessie.

En arrière de la portion initiale du côlon ascendant existe une cavité enkystée qui se déchire sous l'influence des tractions faites pour décoller le côlon et qui laisse échapper un flot de pus que l'on peut évaluer à 200 grammes environ. On trouve alors l'appendice iléo-cæcal infléchi et relevé derrière la face postérieure du cæcum et du côlon et adhérent à celle-ci par son extrémité qui est recouverte de fausses membranes, ainsi que toute la face postérieure de la première partie du côlon ascendant. Section longitudinale de l'appendice : on trouve que le tiers initial de cet organe est sain, mais à la partie moyenne il existe une perforation de la grandeur d'une pièce de 50 centi-

mes. Toute l'extrémité de l'appendice sous-jacente à la perforation est noirâtre et tuméfiée, elle est le siège d'un processus de gangrène très avancée.

L'appendice ne contenait pas de calcul stercoral.

L'examen bactériologique du placenta ainsi que du liquide péritonéal recueilli pendant la laparotomie sur des compresses stérilisées a été fait au laboratoire du professeur Macé.

L'examen des faces utérine et fœtale du placenta, ainsi que du sang contenu dans le cordon n'a pas permis de constater l'existence de bactéries. Toutes les cultures sont demeurées stériles. Quant à l'examen direct du liquide des compresses, il montre de très rares leucocytes ; sur sept préparations on ne voit pas de bactéries, une fois seulement on voit une courte chaînette formée par un microcoque conservant le Gram.

Quant aux cultures sur bouillon gélosé et sérum coagulé elles donnent :

1° Un bacille mobile, décoloré au Gram, faisant fermenter la lactose, qui paraît être un colibacille ;

2° Un long bacille colorable au Gram souvent en longues chaînettes ; ce bacille qui liquéfie rapidement le sérum après l'avoir peptonisé semble être constitué par le bacillus Zopfii ou par une espèce voisine probablement d'origine intestinale ;

3° Enfin, avant que les colonies de ce long bacille et celles du colibacille ne se montrent sur sérum, on trouve dans les trois premières heures de l'ensemencement quelques fines colonies formées par le microcoque en courte chaînette entrevu à l'examen direct. Il est probable qu'il s'agit d'un streptocoque.

OBSERVATION XI

(M. Tissier. Société d'obstétrique de Paris, 1903)

Un cas de pseudo-occlusion intestinale, chez une femme enceinte, simulant l'appendicite.

S..., dix-sept ans et demi, sans antécédents notables, devenue enceinte en mars 1902, éprouva dans les débuts des malaises de toutes sortes.

Vers le cinquième mois apparurent des menaces d'avortement que le repos au lit put conjurer. Quelques semaines après, vers six mois, au milieu d'une santé parfaite d'apparence, survint tout à coup un matin, une vive douleur abdominale droite avec vomissements continuels, fièvre violente, constipation absolue, ballonnement du ventre et absence de selles. Lors de l'examen, le ventre était douloureux, surtout à droite ; le poulx battait plus de cent fois par minute, le faciès était grippé. Rien d'important au toucher vaginal, si ce n'est la sensibilité des culs-de-sacs.

Diagnostic. — Accidents péritonitiques probablement d'origine appendiculaire. Glace, champagne, diète alimentaire, opium, furent prescrits. Les phénomènes s'aggravant et l'aspect péritonéal s'affirmant la malade fut amenée à l'hôpital le 3 octobre, examinée le 4 par le Dr Launay qui diagnostiqua une péritonite appendiculaire. Le Dr Auvard partageant cette opinion, une incision fut pratiquée dans le flanc droit. On ne trouva absolument rien dans la cavité du ventre. L'appendice était parfaitement sain, on referma.

Il n'y eut pas d'amélioration les jours suivants. Il survint de l'ictère, les vomissements prirent le caractère d'hématémèses ; il y eut des épistaxis, un érythème scarlatiniforme généralisé, de la dyspepsie, le pouls à 150 avec une constipation persistante. Sérum à doses massives et caféine.

Dans la nuit du 8 octobre rupture des membranes ; le 9 accouchement, à six mois et demi, d'un enfant qui ne vécut que pendant douze heures.

La malade est alors passée à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis où son état, à partir de ce jour, s'améliore progressivement. Peu à peu tous ces symptômes effrayants disparaissent, l'intestin fonctionne, et la malade est ramenée en chirurgie où elle demeure jusqu'au 28 octobre.

Cette femme a été revue le 26 mars en excellente santé.

OBSERVATION XII (résumée).

(M. Maygrier. — *Académie de médecine*, 21 février 1904.)

M^{me} P..., entre à la Maternité de la Charité le 21 janvier 1901. Enceinte depuis six mois. La malade souffrait depuis la veille de douleurs revenant par crises, et d'intensité de plus en plus grande.

Pas d'accouchement prématuré.

La douleur est située juste au-dessus de l'arcade crurale. Elle est exagérée par la pression.

La palpation révèle une tumeur peu mobile de 3 à 4 travers de doigt et paraissant siéger dans le cæcum. La constipation est habituelle et très opiniâtre. La malade n'est pas allée à la selle depuis huit jours. Pas de température.

On institue une médication calmante.

Diagnostic. — Typhlite et appendicite,

22 janvier. — La douleur s'est accrue, des vomissements glaireux et verdâtres surviennent.

On fait de grands lavages de l'intestin. le diagnostic d'appendicite est maintenu.

23 janvier. — Douleur et tuméfaction de la fosse iliaque droite. Le ventre est ballonné, les anses intestinales se dessinent au-dessus de l'utérus. Vomissements fréquents et verts : pouls et température normaux. Etat général inquiétant, facies grippé, traits tirés, langue sèche. Anorexie complète, constipation opiniâtre. Consultation avec le Dr Bouilly qui a la même impression mais fait des réserves sur le diagnostic à cause de l'absence de fièvre et de la légère mobilité de la tumeur dans la fosse iliaque droite. Intervention le 24. Le péritoine est épaissi: on trouve un fibrome sous-péritonéal, de la forme d'une orange aplatie, à pédicule tordu, très court, presque sessile, implanté sur le bord droit de l'utérus. La tumeur est rouge, très vasculaire et fait saillie dans la plaie. Après l'opération les garde-robes furent abondantes, grâce à des lavements. Pas de contractions utérines, les battements du cœur fœtal ne sont pas modifiés.

Un mois après à la suite d'une indigestion colique, utérine, malgré l'opium la malade accoucha d'un garçon de sept mois et demi qui, mis en couveuse, s'élève bien.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(M. Ollivier. *Journal de Médecine de Paris*, 8 décembre 1904).

Note sur un cas de volvulus au cours de la grossesse.

Femme secondipare, enceinte de sept mois et demi, ayant eu déjà des antécédents abdominaux pendant son voyage de noce ayant fait croire à une appendicite et ayant cédé aux applications de glace sur le ventre. La première grossesse avait déjà été troublée par des accidents abdominaux au troisième mois. Douleur, ballonnement du ventre, fièvre. Appendicite diagnostiquée par le Dr Labadie-Lagrave.

La malade présente des douleurs violentes dans le bas-ventre, régulières et cependant la malade n'est pas en travail, l'utérus se durcit à peine pendant la douleur; le col est très haut à gauche, fermé et long.

A la suite d'une consultation avec le Dr Vacquez et le Dr Déchenais, renouvelée avec le Dr Labadie-Lagrave et bien qu'il n'y ait pas de localisation douloureuse, on diagnostique une appendicite avec météorisme considérable. T. : 37 degrés. Pouls 68.

Nouvelle consultation avec le Dr Delbet. Comme la malade n'a rendu ni gaz, ni selles, il diagnostique une occlusion intestinale.

Longue incision. Le côlon pelvien est distendu par les gaz et tordu sur lui-même. Ponction de l'intestin, issue des gaz et suture. Anus artificiel.

Accouchement, deux jours après l'intervention, d'un enfant mort.

Quatre jours après, mort de la malade avec ictère grave.

OBSERVATION XIV

(M. Mauclore. — Comptes rendus de la Société
d'Obstétrique, de Pédiatrie et de Gynécologie.)

*Péritonite appendiculaire généralisée au cinquième mois
de la grossesse. — Laparotomie. — Guérison avec ac-
couchement à terme.*

D'après les notes de M. Mery, interne du service.

M^{me} C..., âgée de trente ans, a eu une grossesse normale il y a dix ans. Au commencement de mai 1904 elle était enceinte de quatre mois et demi, depuis quelque temps elle est fatiguée et souffre de la région lombaire.

Le lundi, 2 mai, à 10 heures, elle est prise d'une douleur très vive dans le bas ventre avec vomissements assez abondants, d'abord alimentaires, puis verdâtres.

Le 3 mai dans la matinée, la douleur abdominale reparaît avec une très grande intensité. La malade vient consulter à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service d'accouchement du Dr Champetier de Ribes où nous allons l'examiner. M. Champetier de Ribes étant d'avis que la gravité des symptômes nécessite la laparotomie exploratrice.

Le ventre est très peu ballonné. A la palpation la douleur siège actuellement nettement au point de Mac-Burney, et aussi près de l'ombilic, au niveau du fond de l'utérus gravide.

L'utérus lui-même est très douloureux surtout au niveau de son fond. Légère contracture de la paroi. Rien de particulier au toucher vaginal. Actuellement les douleurs sont moins vives, il n'y a pas de vomissements. Le facies n'est altéré que si on palpe la région malade. La température est à 37° 4, le pouls est bien frappé et bat 64 pulsations. Le diagnostic est un peu hésitant, mais étant donnée l'intensité des douleurs on pense à une lésion utérine et en particulier à une appendicite.

Opération. — A 3 heures de l'après-midi, dix-sept heures après le début des douleurs, incision de la paroi abdominale au niveau du fond de l'utérus. Il s'écoule un peu de liquide louche. L'utérus est congestionné mais sans rupture. En laissant un pont de paroi intacte, j'incise la paroi au-dessus du pubis. L'utérus est sain.

Le diagnostic d'appendicite s'imposait alors. Incision de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite. Il sort un liquide louche avec des grumeaux et exhalant une odeur très fétide. L'appendice est gangrené à sa partie antérieure suivant plusieurs plaques. Il est réséqué. La cavité est remplie de pus, les anses intestinales à son voisinage sont congestionnées et réunies par des adhérences molles.

Deux drains sont introduits dans l'abdomen : l'un descend dans le bassin derrière l'utérus, l'autre remonte dans la région lombaire.

La péritonite généralisée ou tout au moins sus-ombilicale étant évidente, je fais une incision dans la fosse iliaque gauche ; il en sort un liquide louche et fétide en grande abondance. Un drain est dirigé en bas dans le bassin ; un autre

remonte dans la région lombaire. Le soir un lavement laudanisé est donné.

4 mai. — T. : 38°2. Pouls : 120, bon état général, lavement laudanisé.

5 mai. — T. : 39°, le soir pouls : 140, petit, filiforme. Agitation. Morphine et lavement laudanisé.

6 mai. — Légère détente.

7 mai. — Vomissements verdâtres. T. : 39°2. Tendance à la syncope. Colique.

8 mai. — Pendant le pansement, on s'aperçoit qu'il y avait du pus derrière les drains, ce qui expliquait la fièvre des jours précédents.

Du 9 au 15. — Amélioration très nette.

15 mai. — Parotidite gauche avec 38 degrés de température ; la région reste tuméfiée :

20 mai. — La fluctuation paraît assez nette, mais une petite incision ne donne issue qu'à de la sérosité en petite quantité.

Le 20 juin. — La malade sort guérie de l'Hôtel-Dieu.

En juillet elle reprend difficilement son métier de fille de salle dans un restaurant. Mais elle est prise de temps en temps de coliques violentes.

En août, ces coliques ont fait craindre une fausse-couche et la malade dut entrer à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 8 juillet. L'accouchement à terme est fait le 29, tout dans le service de M. Champetier de Ribes par M. Bouffe de Saint-Blaise.

Le Dr Mauclaire présente la malade à la Société ; la cicatrice médiane est très solide, grâce au pont de paroi abdominale conservé entre les deux incisions médianes.

OBSERVATION XV

(Tissier et Lemeland. — Société d'Obstétrique de Paris,
décembre 1905.)

*Grossesse de huit mois. — Appendicite. — Péritonite
généralisée rapide. — Mort.*

M^{me} V..., vingt-neuf ans, ménagère, octipare, est envoyée le 7 août 1905 à la Charité, par la Clinique Baudelocque avec le diagnostic suivant :

Octipare.

Grossesse de huit mois environ.

Sommet qui tend à se fixer.

Enfant vivant.

Col dilatable de deux centimètres.

Membranes intactes.

A son entrée on constate que la femme n'est pas en travail.

Elle est enceinte de huit mois environ, ses dernières règles vont du 6 au 8 décembre 1904. L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

On sent par la palpation un fœtus mobile. Le sommet est en bas, le dos à gauche, l'enfant est vivant, les bruits du cœur s'entendent à gauche. Ils sont normaux.

Au toucher le col est très souple et déhiscant, mais pas effacé.

Les membranes sont intactes et ne s'insinuent pas dans le col. Le bassin est normal. Les urines sont normales.

La femme est constipée, le rectum est très distendu par les matières.

On constate d'ailleurs un certain degré de météorisme abdominal.

La malade accuse des douleurs vagues dans les reins, mais le ventre n'est pas douloureux.

Nous pensons que la femme est en imminence de travail. On donne un grand lavement qui ramène beaucoup de matières, et fait disparaître le météorisme.

La femme est baignée puis mise à la salle de travail.

La température rectale est de 37°2.

Interrogée sur ses antécédents, elle raconte avoir eu sept grossesses antérieures, terminées toutes à terme spontanément.

Les suites de couches ont toujours été normales.

Les enfants tous élevés au sein maternel sont morts entre deux et quatre ans, sauf deux actuellement vivants et bien portants.

Pendant sa grossesse actuelle, la femme n'a pas eu d'autres accidents qu'une phlébite variqueuse légère, pour laquelle elle a été soignée tout le mois de juillet dans le service du Dr Ettinger à Broussais. La malade reste à la salle de travail toute la journée, mais les douleurs n'apparaissent pas, elle est montée au dortoir le soir. On lui donne du lait.

8 août 1905. — Dans la journée, la malade est prise de vomissements alimentaires. Elle accuse toujours les mêmes douleurs dans les reins.

Son état général est bon.

Température rectale 37°8.

Pouls régulier et calme.

Dans la soirée, les vomissements sont plus abondants, le ventre est très légèrement météorisé.

On constate quelques contractions utérines, mais le col est toujours dans le même état que la veille.

Dans la nuit, les vomissements deviennent bilieux, la malade légèrement dyspnéique se plaint de douleurs dans les fosses iliaques.

9 août 1905. — A la visite du matin, on constate que l'état général s'est aggravé, la femme est très dyspnéique, presque anhéante.

Le pouls est très rapide à 132.

Température rectale : 37°9.

Le ventre est très météorisé, surtout à la région épigastrique, il est douloureux dans les flanes et les fosses iliaques ; cette douleur est constante, empêche la malade de se retourner dans son lit, elle est augmentée par la palpation.

La malade raconte d'autre part n'avoir pas rendu de gaz par l'anus depuis la veille au soir.

Les vomissements très abondants sont noirs marc de café.

Au toucher le col est toujours dans le même état, les culs-de-sac ne sont pas douloureux. L'enfant est vivant, les bruits du cœur sont perçus à gauche mais sourds et rapides.

En présence de ces symptômes, le diagnostic de péritonite aiguë généralisée est porté.

M. le Dr Auvray consulté penche plutôt pour une occlusion intestinale.

A 1 heure de l'après-midi, l'état de la malade est toujours le même.

La température rectale : 38°2, le pouls : 132. Respiration : 50. On n'entend plus les bruits du cœur de l'enfant.

M. Savariaud, chirurgien de garde, vient pratiquer l'intervention.

Mais avant d'ouvrir l'abdomen M. Tissier fait la dilatation forcée du col et au moyen d'une application de forceps, extrait un enfant mort du poids de 2.400 grammes.

La femme est immédiatement délivrée, et aussitôt après la laparotomie est pratiquée. On trouve une péritonite aiguë suppurée.

Les annexes sont saines, et le Dr Savariaud estime inutile d'insister davantage et d'aller à la recherche de l'appendice. Il se borne à faire un large drainage abdominal puis suture.

La malade malgré tous les soins qui lui sont prodigués (sérum, éther, caféine, huile camphrée) succombe dans la nuit le 10 août 1905 à 2 heures du matin.

L'autopsie pratiquée le lendemain permet de constater la présence d'une appendicite. L'appendice long de 17 centimètres adhérent au cæcum est complètement rétrocæcal. Il est gangréné à son extrémité, obstrué par un calcul stercoral en son milieu et présente une perforation au niveau de ce calcul.

La famille que nous avons pu voir et interroger nous a affirmé, qu'à aucun moment, la malade n'avait présenté de douleurs abdominales, et que jamais elle ne s'était plainte de son flanc droit.

CONCLUSIONS

1° L'appendicite avec ses diverses formes cliniques peut compliquer la grossesse à toutes ses périodes.

2° L'appendicite pendant la puerpéralité, éclate surtout chez des femmes présentant des antécédents appendiculaires. L'appendicite est réchauffée par l'état puerpéral.

3° L'appendicite présente parfois chez la femme enceinte une allure insidieuse et une évolution foudroyante, amenant à brève échéance, la mort par péritonite généralisée.

4° La grossesse est souvent interrompue par l'appendicite ; dans les cas graves, les fœtus naissent morts ou succombent peu de temps après leur naissance à la septicémie.

L'appendicite est donc encore plus meurtrière pour l'enfant que pour la mère.

5° Les attaques les plus violentes correspondent aux périodes menstruelles ; bien qu'il n'y ait pas d'écoulement sanguin, la congestion du bassin n'en est pas moins considérable à ces époques.

6° Les affections d'avec lesquelles il est le plus difficile de distinguer l'appendicite sont la rupture

d'une grossesse tubaire à droite, et l'occlusion intestinale.

5° Le traumatisme chirurgical de l'intervention n'est en général pas, par lui-même, un agent d'arrêt dans le cours de la grossesse.

8° Il faudra éviter les périodes de congestion menstruelle, et tâcher d'intervenir avant le travail.

9° Si la réplétion de l'utérus est un obstacle sérieux empêchant une intervention large, on sera autorisé, dans les cas graves, où la mort du fœtus est la règle, à pratiquer un accouchement prématuré pour faciliter une intervention qui peut sauver la mère.

Vu : le Président de la thèse,
BUDIN

Vu : le Doyen.
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Indications groupées par années

1882. TRÈVES. — Société médico-chirurgicale. Londres, 11 juin 1882.
1890. RECLUS. — Académie de médecine. Discussion du 9 mars. Revue chirurgicale, octobre.
- RICHELOT. — Union médicale.
- ROUX (de Lausanne). — Revue médicale de la Suisse Romande.
- STIMMSON. — New-York Medical journal, p. 449.
- TALAMON. — Médecine moderne, 19 juin et 30 octobre.
1892. BLANC. — Inflammations péri-utérines dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. Revue d'obstétrique et de gynécologie.
- CLADO. — Appendice cæcal. Société biologique, p. 142.
- TALAMON. — Collection Debove. Article appendicite et typhlite.
- ROUX (de Lausanne). — Revue médicale de la Suisse Romande. Congrès de chirurgie de Paris.
1893. LE GUERN. — Thèse de Paris.
1894. BERGER. — Bulletin de la Société de chirurgie.
- MUNDÉ (P.-F.). — Medical Record, 1^{er} décembre.
1895. BAYLAY. — Medical Record, page 342.
- HARRISON. — Medical Record, page 29.

1895. MAC (Arthur). — American Journal of obstetric,
page 185.

MONOD et WAUVERTZ. — L'Appendicite.

MUNDÉ (P.-F). — Medical Record, page 609.

PILLET et COSTE. — Etude sur l'appendicite folliculaire.
Société anatomique, janvier.

ROUX (de Lausanne). — Congrès de chirurgie.

THOMASON. — Medical Record, p. 407.

1896. ABRAHAM. — Medical Record, p. 461.

FAISANS. — Bulletin de la Société médicale des hôpi-
taux, p. 228.

HIRST. — American journal of obstetric, p. 263.

HOWARD CRUTCHER. — Medical Record, p. 461.

JARMAN. — Medical Record, p. 461.

MARX. — Medical Record, p. 461.

NOBLE. — American journal of obstetric, p. 253.

PENROSE. — American journal of obstetric, p. 253.

PEYROT. — Note présentée par Leblanc à la Société
d'anatomie. 8 mai.

PINARD et VARNIER. — Annales de Gynécologie.

SCHAIK. — Cité par Abraham. Medical Record.

SCHWARTZ et MERINET. — Société médicale des hôpi-
taux, 1^{er} mai.

WINEBERG. — Medical Record, page 461.

1897. ABBE. — Medical Record, page 347.

ABRAHAM. — American journal of obstetric. Janvier-
février-juin, volume XXXV.

BARADUC. — Cité par Reclus. Bulletin de l'Académie
de médecine, 30 mars.

1899. BLACK. — *Annales of Gynecologie and Pædiatrie*,
p. 525.
- BOULLIER. — Thèse de Lyon.
- BULL WILLIAM. — *Medical Record*, p. 347.
- BUDIN. — Discussion in *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*.
- CHASTANET. — Thèse de Paris, 22 juillet. Quelques recherches sur l'appendicite.
- DIEULAFOY. — *Bulletin de l'Académie de médecine*,
9 mars.
- LEGENDRE. — *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, p. 200.
Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, p. 446.
- LETULLE et BONN. — *Lésions histologiques de l'appendice*. Presse médicale.
- LUTAUD. — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*.
- MATHIEU. — *Société médicale des hôpitaux*, 26 mars.
- MUNDÉ. — *The Medical New*. New-York, n° 20.
- RICHELOT. — *Bulletin médical*, n° 38.
- ROBIN (Albert). — *Bulletin de l'Académie de médecine*,
13 avril, p. 448.
- TUFFIER. — *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, p. 206.
- VINAY. — In thèse Boullier.
1898. BUDIN. — In thèse Jarca.
- JARCA. — Thèse de Paris.
- MAYGRIER. — In thèse Jarca.
- PINARD. — *Académie de médecine*, 22 mars.
- VINAY. — *Lyon médical*, p. 1.
1899. BOUILLY. — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie*, 5 mai.

1899. FIEUX (de Bordeaux). — *Ibid.*, 5 mai.
PORAK et SCHWARTZ. — *Ibid.*, 5 mai.
SECOND. — *Ibid.*, 3 mars.
1900. OTTO FALK. — Centralblatt für Gynæcologie, n° 7.
p. 198.
HERRGOTT. — Congrès de chirurgie. Section d'obstétrique et de gynécologie. Annales de gynécologie, 2^e se-mestre.
PINARD. — Académie de médecine, 6 mars.
RUDAUX. — Observation présentée par Pinard. Compte rendu de la Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie.
1901. DUBRISAY. — Société d'obstétrique, février.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Bulletin de l'Académie de médecine, 19 février.
MAYGRIER. — Bulletin de l'Académie de médecine, 21 février.
GUYON. — Bulletin de l'Académie de médecine, 26 février.
QUILLARD. — Thèse de Paris. Appendicite chez la femme
1902. LEPAGE et RICHELOT. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie, 12 mai.
1903. BRINDEAU. — Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, page 212.
CROISIER. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie, 6 avril.
GAUCHERY (Paul). — Thèse de Paris. Etude sur les obstructions intestinales pendant la puerpéralité.
MONOD. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, 6 juillet.

OUI. — *Ibid.* 9 mars.

PORAK et DANIEL. — *Ibid.* 9 février.

TISSIER. — Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris,
p. 214.

1904. FELLNER. — Centralblatt für Grenzgebieten des Med.
und Chirurgie. N° 19, p. 727.

POLLAK. — *Ibidem.* N° 5, p. 678.

GUINARD. — Société de chirurgie.

MAUCLAIRE. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie, 12 décembre.

OLLIVIER. — Journal de Médecine de Paris, p. 526.

1905. COE. — Société gynécologique américaine, 25-27 mai.

PETERSON. — *Ibidem.* Rapporté dans la Presse médicale,
19 juillet.

MOREAU. — Thèse de Paris. Des infections et des intoxications d'origine intestinale au cours de la puerpéralité.

TISSIER et LEMELAND. — Société d'obstétrique de Paris, décembre.

Divers.

Traité d'Anatomie Humaine de Poirier. A. Branca, article :
Péritoine.

Traité de Chirurgie de Reclus et Duplay. Jalaguier, article :
Appendicite.

Traité de Médecine de Bouchard et Brissaud. Courtois Suffit,
article : Appendicite.

Précis d'Obstétrique de Ribemont-Dessaigne et Lepage.

